



European Monitoring Centre
for Drugs and Drug Addiction



2009-es ÉVES JELENTÉS az EMCDDA számára
készítette: **Nemzeti Drog Fókuszpont**

“MAGYARORSZÁG”
Új fejlemények, trendek és részletes információk a
kiemelt témákról

REITOX

A KÖTET SZERZŐI:

CSESZTREGI TAMÁS, Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet

CSOHÁN ÁGNES, Országos Epidemiológiai Központ

ELEKES ZSUZSANNA, Budapesti Corvinus Egyetem, Szociológia és Társadalompolitika Intézet

GRÉZLÓ ORSOLYA, Országos Egészségbiztosítási Pénztár

HORVÁTH GERGELY CSABA, Nemzeti Drog Fókuszpont

KELLER ÉVA, Semmelweis Egyetem, Igazságügyi és Biztosítás-orvostani Intézet

KOÓS TAMÁS, Országos Addiktológiai Centrum

KUN GÁBOR, Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet

NÁDAS ESZTER, Nemzeti Drog Fókuszpont

OBERTH JÓZSEF, Magyar Emberi Jogvédő Központ Alapítvány

PAKSI BORBÁLA, Budapesti Corvinus Egyetem, Magatartástudományi és Kommunikációelméleti Intézet, Viselkedéskutató Központ

PÉTERFI ANNA, Nemzeti Drog Fókuszpont

RITTER ILDIKÓ, Országos Kriminológiai Intézet

RÁCZ JÓZSEF, Magyar Tudományos Akadémia, Pszichológiai Kutató Intézet

TARJÁN ANNA, Nemzeti Drog Fókuszpont

VARGA ORSOLYA, Nemzeti Drog Fókuszpont

LEKTORÁLTA:

BUDA BÉLA, DEMETROVICS ZSOLT, FELVINCZI KATALIN, GAZDAG GÁBOR, HUSZÁR LÁSZLÓ, KASSAI FARKAS ÁKOS, SÁROSI PÉTER, TOPOLÁNSZKY ÁKOS,

TARTALOMJEGYZÉK

ÖSSZEFOGLALÁS	5
1. KÁBÍTÓSZER-POLITIKA, JOGALKOTÁS, STRATÉGIA ÉS GAZDASÁGI ELEMZÉS	7
1.1. JOGI KERETEK	7
1.2. NEMZETI AKCIÓTERV, STRATÉGIA, ÉRTÉKELÉS ÉS KOORDINÁCIÓ	8
1.3. KÖZGAZDASÁSI ELEMZÉS	9
2. DROGFOGYASZTÁS A POPULÁCIÓBAN	12
2.1. DROGFOGYASZTÁS AZ ÁLTALÁNOS POPULÁCIÓBAN	12
2.2. DROGFOGYASZTÁS AZ ISKOLÁS- ÉS FIATALKORÚ POPULÁCIÓBAN	12
2.3. DROGFOGYASZTÁS EGYES SPECIFIKUS CSOPORTOKBAN	18
3. PREVENCIÓ	20
3.1. ÁLTALÁNOS PREVENCIÓ	20
3.2. CÉLZOTT PREVENCIÓ	21
3.3. JAVALLOTT PREVENCIÓ	26
4. PROBLÉMÁS DROGFOGYASZTÁS	27
4.1. PROBLÉMÁS DROGFOGYASZTÓK PREVALENCIA ÉS INCIDENCIA BECSLÉSE	27
4.2. KEZELÉSBEN NEM RÉSZESÜLŐ PROBLÉMÁS FOGYASZTÓK	27
4.3. INTENZÍV, GYAKORI, HOSSZÚ TÁVÚ ÉS MÁS PROBLÉMÁS DROGHASZNÁLATI MINTÁK	32
5. DROGFOGYASZTÓK KEZELÉSE: KEZELÉSI IGÉNY ÉS HOZZÁFÉRHETŐSÉG	33
5.1. SZAKPOLITIKA	33
5.2. ELLÁTÓRENDSZEREK	33
5.3. A KEZELT BETEGEK JELLEMZŐI	41
5.4. TENDENCIÁK A KEZELT BETEGEK KÖRÉBEN (AZ OSAP ADATOK TÜKRÉBEN)	59
6. A DROGFOGYASZTÁS EGÉSZSÉGÜGYI VONATKOZÁSAI ÉS KÖVETKEZMÉNYEI	62
6.1. KÁBÍTÓSZER-FOGYASZTÁSSAL ÖSSZEFÜGGŐ FERTŐZŐ BETEGSÉGEK	62
6.2. A DROGFOGYASZTÁS EGYÉB EGÉSZSÉGÜGYI KÖVETKEZMÉNYEI	80
6.3. DROGFOGYASZTÁSSAL ÖSSZEFÜGGŐ HALÁLESETEK ÉS HALANDÓSÁG A DROGFOGYASZTÓK KÖRÉBEN	83
7. VÁLASZOK A DROGFOGYASZTÁS EGÉSZSÉGÜGYI VONATKOZÁSAIRA ÉS KÖVETKEZMÉNYEIRE	88
7.1. DROGFOGYASZTÁS OKOZTA HALÁLESETEK MEGELŐZÉSE	88
7.2. DROGFOGYASZTÁSSAL ÖSSZEFÜGGŐ FERTŐZŐ BETEGSÉGEK PREVENCIÓJA ÉS KEZELÉSE	89
7.3. MÁS EGÉSZSÉGÜGYI VONATKOZÁSOK ÉS KÖVETKEZMÉNYEK KEZELÉSE	94
8. A DROGFOGYASZTÁS SZOCIÁLIS VONATKOZÁSAI ÉS TÁRSADALMI REINTEGRÁCIÓ	97
8.1. TÁRSADALMI KIREKESZTETTSÉG	97
8.2. TÁRSADALMI REINTEGRÁCIÓ	110
9. KÁBÍTÓSZER-BŰNÖZÉS, KÁBÍTÓSZER-BŰNÖZÉS MEGELŐZÉSE ÉS A BÜNTETÉS-VÉGREHAJTÁSI SZERVEZET	115
9.1. KÁBÍTÓSZER-BŰNÖZÉS	115
9.2. A KÁBÍTÓSZER-BŰNÖZÉS MEGELŐZÉSE	120
9.3. BEAVATKOZÁSOK A BÜNTETÉS-VÉGREHAJTÁS INTÉZMÉNYEIBEN	121
9.4. KÁBÍTÓSZER-HASZNÁLAT ÉS PROBLÉMÁS KÁBÍTÓSZER-HASZNÁLAT A BÖRTÖNBEN	123
9.5. A KÁBÍTÓSZER-HASZNÁLAT EGÉSZSÉGÜGYI KÖVETKEZMÉNYEIRE ADOTT VÁLASZOK A BÖRTÖNBEN	133
9.6. A KÁBÍTÓSZER-FOGYASZTÓK REINTEGRÁCIÓJA A SZABADULÁS UTÁN	134
10. KÁBÍTÓSZERPIAC	136
10.1. HOZZÁFÉRHETŐSÉG ÉS KÍNÁLAT	136

10.2. LEFOGLALÁSOK	142
10.3. ÁR / TISZTASÁG	143
11. KANNABISZ PIAC ÉS TERMESZTÉS	147
11.1. PIAC	147
11.2. LEFOGLALÁSOK	156
11.3. BŰNCSELEKMÉNYEK	158
12. PROBLÉMÁS AMFETAMIN- ÉS METAMFETAMIN-HASZNÁLAT, A KÖVETKEZMÉNYEI ÉS AZ AZOKRA ADOTT VÁLASZOK	160
12.1. AZ AMFETAMIN HASZNÁLAT EPIDEMIOLOGIÁJA	160
12.2. A KRÓNIKUS AMFETAMIN-HASZNÁLAT EGÉSZSÉGÜGYI ÉS SZOCIÁLIS VONATKOZÁSAI	170
12.3. VÁLASZOK A KRÓNIKUS AMFETAMIN-HASZNÁLATRA	171
12. FELHASZNÁLT IRODALOM	172
FÜGGELÉK	176
TÁBLÁZATOK JEGYZÉKE	176
ÁBRÁK JEGYZÉKE	178
TÉRKÉPEK JEGYZÉKE	181

ÖSSZEFOGLALÁS

Az érvényben lévő drogstratégia csak 2009. év végéig ír elő feladatokat, jelenleg zajlik a következő nemzeti stratégiai program megalkotása, amely összhangban kell, hogy legyen az EU 2005-2012 közötti periódusra érvényes drogstratégiájával és akciótervével.

Az Országgyűlés ez év március 4-én fogadta el a kábítószer probléma visszaszorítása érdekében készítendő új nemzeti stratégiai programról szóló 18/2009. (III.4) Ogy. határozatot, amely szerint a Kormány 2009. szeptember 15-ig készíti elő és terjeszti az Országgyűlés elé a 2010-től esedékes nemzeti stratégiai programot.

A 2007-es – 8-10. évfolyamos diákok körében készült – ESPAD kutatás eredményei alapján a fiatalok szerfogyasztásában jelentős szerkezeti változás nem volt megfigyelhető. Az elmúlt évekhez képest csökkent a kannabisz-fogyasztás előfordulása, azonban az alkohol és gyógyszer együttes fogyasztásában, az inhalánsok, a patron/lufi és az ecstasy esetében növekedés volt megfigyelhető.

Az Ifjúság 2008 kutatás eredményei szerint a 15-29 éves fiatalok 17%-a próbált élete során valamilyen fajta drogot.

A 2007/2008-as tanévben a 10-18 éves, alap- és középfokú nevelési-oktatási intézményekben tanuló diákok 9,5%-a vett részt valamilyen drogprevenciós foglalkozáson az SzMM-OKM közös, iskolai egészségnevelési és drogprevenciós programok támogatására kiírt pályázatának keretében. A nem iskolai szintűen tevékenykedő drogprevenciós programok/szolgáltatások feltárása céljából készült kutatás során 162 prevenciós szolgáltatót azonosítottak, melyek programjairól 66 esetben áll rendelkezésre részletes információ. Az iskolai szintűen működő programokkal összehasonlítva az iskolán kívül megjelenő programok/szolgáltatások kevesebb célkitűzést említettek és jóval nagyobb arányban jelentek meg az alternatívák megismertetésével kapcsolatos célkitűzések.

A kábítószer-fogyasztás miatt kezelésben lévők száma az Országos Statisztikai Adatgyűjtési Program adatai szerint 2008 folyamán összesen 14 353 fő volt, közülük 4635 fő vett részt kezelésben életében először. Ez látszólag növekedést mutat a megelőző év adataihoz képest, azonban megvizsgálva a kezelőhelyet kiderül, hogy a növekedés egy fővárosi toxikológiai osztályon ellátott betegek számának emelkedéséből adódik.

A kezelésben lévő kannabisz-fogyasztók aránya 2008-ban tovább csökkent, ami részben köszönhető a megelőző-felvilágosító kezelések hatékonyabb kiszűrésének az adatgyűjtésből. Míg a heroint intravénásan fogyasztók aránya csökkenést, addig az amfetamint intravénásan fogyasztók aránya enyhe növekedést mutatott az összes kezelthez viszonyítva.

Az újonnan kezelésbe lépőkről a TDI adatgyűjtésbe 2008-ban 93 kezelőhely jelentett összesen 3484 klienst, melyek közül 2161 fő életében először került kezelésbe.

Az elterelt eseteket vizsgálva megállapítható, hogy ez a populáció fiatalabb a más okból kezelésbe lépőknél. A beviteli módot körükben továbbra is a kannabisz-dominancia határozza meg. Esetükben jóval alacsonyabb az intenzifikált szerhasználat aránya, mint a nem eltereltek között.

Összességében az egészségügyi ellátórendszerrel megállapítható, hogy a kezelési lánc teljes spektruma (járó- és fekvőbeteg ellátás, szociális ellátás, gyermek-addiktológia) egyetlen régióban sem épült ki, a szolgáltatások terén is a két szektor elkülönülése jellemző, és az integrált ellátások száma továbbra is alacsony.

A kábítószer-fogyasztással közvetlen összefüggő halálesetek számában lényeges változás nem történt az elmúlt évekhez képest. A 2008-ban jelentett halálesetek 85%-a heroin túladagolás miatt következett be.

2008-ban 590 intravénás szerhasználó célzott HIV vizsgálata alapján nagy valószínűséggel megállapítható, hogy a hazai intravénás kábítószer-használók populációjában a korábbi évekhez hasonlóan nagyon alacsony lehet a HIV-fertőzöttek száma. A drogambulanciákon kezelt, illetve a tűcsere szolgáltatást igénybevevő intravénás szerhasználók körében 2008-ban 22,6%-os HCV prevalencia értéket mértünk.

2007-ben széleskörű hepatitis C kampány szűrőprogram indult a büntetés-végrehajtási intézetekben, amelynek során közel az összes vérmintát HIV és hepatitis B vírus szempontjából is megvizsgálták.

2008-ban javult a vidék tűcsere szolgáltatásokkal való lefedettsége. Az összesített adatokat tekintve nagymértékben növekedett mind a kiosztott mind a visszahozott fecskendők száma, továbbá az egy főre jutó injektorok száma.

A 2008. évben a korábbi évhez képest – a megelőző két év csökkenő tendenciájával ellentétben - ismét nőtt az ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények száma. Mindemellett azonban a mennyiségi mutatók elmozdulása nem járt együtt az összбűnözésen belüli arányok változásával. Az esetszám-növekedés azt jelzi, hogy „normalizálódik” az ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények száma: azaz nem vagy egyre kevésbé befolyásolják a jogszabályi környezet változásai az ismertté vált kábítószer-bűncselekmények számának alakulását.

A lefoglalási adatok alapján megállapítható, hogy 2008-ban tovább folytatódott a kokain-fogyasztás bővülése. Ehhez hozzájárul a kokain utcai ára vonatkozóan megfigyelhető, 2007-ben már megkezdődött további csökkenő tendencia. A fogyasztói adagokba kiserelt heroin tartalmú porok hatóanyag-tartalma az elmúlt években folyamatosan emelkedő tendenciát mutat, amely fokozott veszélyt jelent a fogyasztók számára.

Az ecstasy tabletták esetében új hatóanyagként megjelent a 4-fluoramfetamin. A GBL lefoglalások száma az elmúlt 4 évben folyamatosan emelkedett, ami egyértelműen mutatja az ellenőrzés alá nem vont szerrel történő visszaélések terjedését.

1. KÁBITÓSZER-POLITIKA, JOGALKOTÁS, STRATÉGIA ÉS GAZDASÁGI ELEMZÉS¹

1.1. JOGI KERETEK

Kábítószer-témában hozott törvények, rendeletek, irányelvek

- a) 191/2008. (VII. 30.) Korm. rendelet

A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvénynek az egyes szociális tárgyú törvények módosításáról szóló 2007. évi CXXI. törvény által módosított szövege nem tartalmazza 2008. január 1-től az önkormányzatok kötelező feladatai körében az alacsonyküszöbű, és 2009. január 1-vel hatályosan a közösségi ellátásokat.

2008 júliusában került elfogadásra e módosítás végrehajtási utasításaként a támogató szolgáltatás és a közösségi ellátások finanszírozásának rendjéről szóló 191/2008. (VII. 30.) Korm. rendelet, amely új alapokra helyezi a közösségi ellátások, s ezen belül önállóan az alacsonyküszöbű szolgáltatók állami finanszírozását.

2009. évtől nem kötelező önkormányzati feladat a közösségi ellátás és az alacsonyküszöbű ellátás. Ezáltal megszűnt az a típusú állami normatív hozzájárulás, mely a működési engedély megszerzését követően jutott a Kincstáron keresztül a szolgáltatókhoz. A szolgáltatások finanszírozására 2009-től kezdődően pályázati úton kerül sor.

- b) 42/2008. (XI. 14.) EüM-SzMM együttes rendelet

26/2003. EüM-GyISM együttes rendelet módosításaként 2008 novemberében elfogadásra került, a kábítószer-függőséget gyógyító kezelés, kábítószer-használatot kezelő más ellátás vagy megelőző-felvilágosító szolgáltatás szabályairól szóló 42/2008. (XI. 14.) EüM-SzMM együttes rendelet. Az új rendelet megteremti az összhangot a Büntetőeljárásról szóló 1998 évi XIX. törvénnyel, amelynek 2006-os módosítása szerint az elterelést már a nyomozati szakban megkezdhető (lásd Éves Jelentés 2006 1.1. fejezet). A 42/2008. EüM-SzMM együttes rendelet értelmében, amennyiben az elterelés törvényi feltételei fennállnak, a nyomozó hatóságoknak a rendeletben meghatározott tartalommal tanúsítványt kell az érintett részére kiállítania. Emellett az eljáró hatóságok felé az elterelést végző szolgáltatók tájékoztatási kötelezettséggel bírnak (elterelés megkezdéséről, megszakadásáról, befejezéséről).

- c) 18/2009. (III.4) Országgyűlési határozat

Lásd 1.2. fejezet.

Jogalkalmazás

A Legfőbb Ügyészség adatai alapján 2008-ban 2341 személy elítélésére került sor kábítószerrel kapcsolatos bűncselekmény elkövetéséért, akiket összesen 3190 bűncselekmény miatt vontak felelősségre a következők szerint:

- a Btk. 282. ill. 282/A. §-ába ütköző fogyasztói jellegű tevékenységek miatt 1956 főt (83,6%);
- a Btk. 282. ill. 282/A. §-ába ütköző kereskedői típusú tevékenységek miatt 180 főt (7,7%);

¹ A fejezet szerzői: Dr. Varga Orsolya., Horváth Gergely Csaba

- a Btk. 282/B. §-ába ütköző magatartások (a 18. életévét be nem töltött személy felhasználásával, illetve annak sérelmére elkövetett fogyasztói, illetve kereskedői típusú tevékenységek) miatt 115 főt (4,9%);
- a Btk. 282/C. §-ába ütköző magatartások (a kábítószerfüggő személy által elkövetett fogyasztói, ill. kereskedői típusú tevékenységek) miatt 90 főt (3,8%);

2007-ben a jogerősen elítélt 2341 személlyel szemben az alábbi büntetések, illetve intézkedések kiszabására került sor:

- 819 szabadságvesztés (ebből 331 végrehajtandó, 488 végrehajtásában felfüggesztett)
- 188 közérdekű munka büntetés
- 746 pénzbüntetés
- 389 önállóan alkalmazott mellékbüntetés, intézkedés.

1.2. NEMZETI AKCIÓTERV, STRATÉGIA, ÉRTÉKELÉS ÉS KOORDINÁCIÓ

Nemzeti stratégia

Az Országgyűlés 2000-ben fogadta el az első kábítószer-probléma visszaszorítása érdekében készített stratégiai programot. Minthogy az érvényben lévő drogstratégia csak 2009. év végéig ír elő feladatokat, jelenleg zajlik a következő nemzeti stratégiai program megalkotása, amely összhangban kell, hogy legyen az EU 2005-2012 közötti periódusra érvényes drogstratégiájával és akciótervével. Az EU hatályos kábítószer-ellenes cselekvési tervének első pontja írja elő, hogy a tagállamok, a nemzeti jogszabályi és igazgatási struktúráiknak megfelelő figyelembe vételével, átfogó nemzeti drogstratégiát és/vagy cselekvési tervet fogadnak el. Az Országgyűlés ez év március 4-én fogadta el a kábítószer probléma visszaszorítása érdekében készítendő új nemzeti stratégiai programról szóló 18/2009. (III.4) Ogy. határozatot, amely szerint a Kormány 2009. szeptember 15-ig készíti elő és terjeszti az Országgyűlés elé a 2010-től esedékes nemzeti stratégiai programot.

Az akcióterv megvalósítása

A drogstratégia végrehajtását a kábítószer-probléma visszaszorításáról szóló nemzeti stratégiai program céljainak végrehajtásával kapcsolatos kormányzati feladatokról szóló 1094/2007. (XII. 5.) Korm. határozat szolgálja, amely 2008-2009. évekre határozza meg a kábítószer-probléma visszaszorítása érdekében végrehajtandó feladatokat. 2008-ban és 2009. év első felében az alábbi, az akciótervben előírt feladatokkal kapcsolatos tevékenységekre illetve a tevékenységek támogatására került sor:

- A szórakozók hazajutását megkönnyítő közlekedési szolgáltatások speciális minimumfeltételeit tartalmazó szakmai ajánlás kidolgozása
- A nemzeti stratégia helyi szinten történő érvényesítése érdekében a Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok működési feltételeinek biztosítása, ellátásszervezői szerepének erősítése
- Az aktuális hazai kábítószerhelyzet feltárása érdekében kutatások kezdeményezése
- A prevenció szolgáltatások fejlesztése, egységes szakmai követelmények meghatározása
- A közoktatásban tanulók széles körének bevonása a megelőző programokba
- A kábítószer-kínálat csökkentése céljából a rendvédelmi szervek képzési programjainak biztosítása
- Továbbképzések szervezése háziorvosok, védőnők, tanárok és más, a területen érintett szakemberek részére

- A büntetés-végrehajtási intézetekben tartottak szűrési és gondozási programjának kialakítása, a kábítószer-probléma megelőzésére, kezelésére szolgáló intézkedések biztosítása
- Az elterelés végrehajtására rendelkezésre álló intézményrendszer fejlesztése
- A kábítószer-problémákkal küzdők részére nappali kórházak létesítése, ambuláns ellátások működtetése, a meglévő kapacitás növelése és differenciáltabbá tétele, gyermek-addiktológiai ellátás intézményi szakmai hátterének kialakítása
- A reszocializációt, rehabilitációt szolgáló intézményrendszer fejlesztése

A Nemzeti Stratégia értékelése

A Nemzeti Drogmegelőzési Intézet megbízásából az EgészségMonitor kutatást (Vitrai 2009)² végzett az Országgyűlés által 2000 decemberében elfogadott „Nemzeti Stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítására” című stratégiai program megvalósulásának értékelése céljából. Az értékelés elsődleges célja a hazai drogszcénában megfigyelhető változások tudományos vizsgálata alapján megállapítani, hogy a Stratégia megvalósulását elemezve, milyen tapasztalatok vonhatók le.

A kutatás során alkalmazott valamennyi eljárás eredményét áttekintve, összességében megállapítható, hogy a 2000-ben elfogadott Stratégia eredményeképpen egy igen extenzív fejlődés volt megfigyelhető a kábítószer-probléma területén. E probléma megoldására kipróbált legjobb nemzetközi gyakorlat szinte valamennyi eleme megjelent Magyarországon, és a Stratégia jóvoltából megindult azoknak rendszerszerű alkalmazása. A következő drogstratégia feladata lehet a rendszer intenzív fejlesztése: a szolgáltatások minőségének javítása és földrajzi kiterjesztése valamint valamennyi célcsoport szükséges mértékű elérésének biztosítása.

Az akciótervek értékelése a Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság rendes és szakbizottsági ülésein, valamint a Nemzeti stratégia most folyó értékelési programja keretében történik meg.

Koordinációs intézkedések

A Szociális és Munkaügyi Minisztérium Szervezeti és Működési Szabályzatának kiadásáról szóló 20/2008. (Mü. K 12.) SZMM utasítás hatályba lépését követően a Nemzeti Kábítószerügyi Koordinációs Osztály Igazgatósággá alakult és a szociálpolitikai és esélyegyenlőségi területért felelős államtitkár közvetlen irányítása alatt folytatja tovább tevékenységét, Nemzeti Kábítószerügyi Koordinációs Igazgatóság néven.

1.3. KÖZGAZDASÁSI ELEMZÉS

2008 végén készült az első olyan átfogó magyarországi kutatás (Hajnal 2009), mely a kábítószerrel összefüggő költségvetési kiadások (KÖKK) időbeli változását vizsgálja 2000 és 2007 között, négy vizsgálati évben.

A kábítószerrel összefüggő költségvetési kiadások fogalma az államháztartási rendszert terhelő, pénzben felmerülő, számszaki értelemben vett (bruttó) kiadásokat foglalja magába; a kutatásnak nem volt célja a kábítószer-fogyasztásból eredő szélesebb értelemben vett társadalmi költségek – vagyis a háztartások, az állam és a vállalatok körében felmerülő, pénzben, természetben és szubjektív tényezőkben is megnyilvánuló károk és elmaradt hasznok – vizsgálata.

² Az értékelés során négy különböző módszer alkalmazására került sor: dokumentumelemzés, mélyinterjúk döntéshozókkal és szakemberekkel, az értékelés első eredményeinek fókuszcsoporthoz megbeszélése, problémafa elemzések

A kábítószer-fogyasztással összefüggő költségvetési kiadások azonosítása egy becslési eljárás eredménye. A becslés alapja a legtöbb költségkomponens esetében:

- egyrészt az adott szervezeti vagy tevékenységi rendszerre jutó éves államháztartási összkiadás,
- másrészt az adott tevékenységi rendszer teljes „esetforgalmából” a kábítószeres esetekre jutó arány.

A kutatás során a bizonytalanság érzékeltetése érdekében intervallum-becsléseket alkalmaztak, ahol erre lehetőség nyílt. A jelen összefoglalásban szereplő számadatok a becsült intervallumon belül a kutató által legvalószínűbbnek ítélt pont-becslés értékek. A kutatás során azonosított kiadási tételek csoportosítása a nemzetközi irodalomban leggyakrabban használt Reuter-féle (2004) klasszifikációt követi.

A Reuter-féle klasszifikáció négy funkcionális csoportra osztja a kábítószerrel kapcsolatos költségvetési kiadásokat: a büntető-igazságszolgáltatás; a kezelés; az ártalomcsökkentés és a prevenció és kutatás területén.

A KÖKK tételek időbeli alakulását két területen vizsgálták. Az alábbi ábra egyrészt a négy részterület arányát szemlélteti az összes KÖKK kiadáson belül, másrészt bemutatja az egyes részterületekre fordított kiadások nagyságának változását. A táblázat második részében bemutatott százalékos változások nem nominálértéken, hanem reálértéken szerepelnek.

1. táblázat. A KÖKK nagysága fő funkciócsoportok szerint (pontbecslés, folyó áron)³

Funkció	2000	2003	2005	2007
Büntető-igazságszolgáltatás	3892	5421	8748	7382
Kezelés	7042	846	1256	1019
Ártalomcsökkentés és egyéb szociális ellátás	88	137	362	376
Kutatás és prevenció	656	1793	794	1033
Összesen (millió Ft)	5340	8197	11160	9810

Forrás: Hajnal 2009

2. táblázat. A kábítószer-politika időbeli alakulása a kiadási szerkezet tükrében²

Funkció	2000	2003	2005	2007
I. Belső arányok				
Büntető igazságszolgáltatás	73%	66%	78%	75%
Kezelés	13%	10%	11%	10%
Ártalomcsökkentés és egyéb szociális ellátás	2%	2%	3%	4%
Kutatás és prevenció	12%	22%	7%	11%
Összesen	100%	100%	100%	100%
II. Az egyes KÖKK-csoportok abszolút nagyságának változása (összehasonlító áron, 2000=100%)⁴				
Büntető igazságszolgáltatás	-	116%	169%	127%
Kezelés	-	100%	134%	97%
Ártalomcsökkentés és egyéb szociális ellátás	-	130%	311%	287%
Kutatás és prevenció	-	227%	91%	106%
Összesen	-	128%	157%	123%

Forrás: Hajnal 2009

³ Az egészségügyi kezelés 2000. évre vonatkozó adatcellájában – a kutatás eredményeként kapott, nagymértékben pontatlan érték helyett – becsült (extrapolált) adat: a 2003-as kiadásoknak 2000-es árakra deflált értéke szerepel.

⁴ A felhasznált deflációs rátákat a KSH által évente publikált fogyasztói árindexek alapján számították.

Az adatok alapján megállapítható, hogy a büntető igazságszolgáltatásra vonatkozó tételek a teljes vizsgált időszakban az összes kiadás 2/3 ill. 3/4 közötti részét tették ki, valamint, hogy a költségvetési kiadások szerkezetében határozott változás nem történt. A prevenció ill. kutatási tételek 2003-as „kicsúcsosodó” értéke nagyrészt a központi kábítószerügyi koordináció más tárcáknak átadott eszközeinek kiugróan magas összegéből adódik. Az egyetlen monoton növekvő trend a legkisebb részterület, az ártalomcsökkentés kiadásokon belüli részesedésének növekedése, de meg kell jegyezni, hogy ez – a rendelkezésre álló adatok korlátai miatt – bizonyos mértékű kezelési kiadásokat is magába foglal, így az ártalomcsökkentés súlya a fenti értéknél minden bizonnyal kisebb.

2. DROGFOGYASZTÁS A POPULÁCIÓBAN⁵

Háttér, előzmények

A 2007-ben készült ESPAD kutatás eredményeiről idejelenként számolunk be. Ezen kívül a 15-29 éves fiatalok körében készült Ifjúság 2008 kutatás kábítószerrel, kábítószer-fogyasztással kapcsolatos eredményeit mutatjuk be

2.1. DROGFOGYASZTÁS AZ ÁLTALÁNOS POPULÁCIÓBAN

Nincs új információ

2.2. DROGFOGYASZTÁS AZ ISKOLÁS- ÉS FIATALKORÚ POPULÁCIÓBAN

ESPAD 2007

A 2007-es ESPAD vizsgálat⁶ keretében a 8-10. évfolyamos, iskolában tanuló diákok országos reprezentatív mintáján készült adatfelvétel eredményei (Elekes 2009) szerint a megkérdezett fiatalok 64,1%-a dohányzott már életében, a napi rendszerességgel dohányzók aránya 21,9% volt. A diákok túlnyomó többsége (a fiúk 92,3%-a, a lányok 92%-a) fogyasztott már élete során alkoholt, az előző hónapban ivott 55,4%-uk, a havi 6, vagy több alkalommal fogyasztók aránya 13,8%. A fiatalok több mint egyharmadával fordult elő legalább egyszer a kérdezést megelőző hónapban, hogy egy alkalommal 5 vagy több italt ivott meg egyszerre, 12,2%-uk 3, vagy több ilyen alkalomról is beszámolt.

A megkérdezett 8-10. évfolyamos diákok 15,9%-a fogyasztott már életében valamilyen tiltott szert⁷ (fiúk: 17,7%, lányok: 14,2%, a nemekenti különbségek szignifikánsak ($p < 0,001$)). Ennél magasabb, 21,1% azoknak az aránya, akik biztosan droghasználati céllal fogyasztottak valamilyen szert⁸. A biztosan droghasználati célú szerfogyasztás életprevalencia értéke a fiúknál 23,3%, a lányoknál pedig 19,3%. A különbségek szintén szignifikánsak ($p < 0,001$).

Az egyes szerekre vonatkozó életprevalencia értékek alapján jelentős szerkezeti változás nem volt megfigyelhető a fiatalok fogyasztásában. Változatlanul a legelterjedtebb szer a marihuána (14,1%-os életprevalencia értékkel), ettől alig marad el a gyógyszer és alkohol együttes fogyasztása (12,5%). A harmadik-negyedik legelterjedtebb szer szintén legális: az orvosi recept nélküli nyugtató fogyasztás (8,9%) és a szipuzás (7,6%). A patron/lufi használat 2007-ben továbbra is az ötödik-hatodik legelterjedtebb szer, a fiatalok szerhasználati szokásaiban, azt az ecstasy-val azonos mértékben (4,9%) próbálták már a fiatalok. A marihuánán kívüli tiltott szerek közül hagyományosan az ecstasy, az amfetaminok (4,1%) és az LSD/hallucinogének (3%) a legelterjedtebbek. A többi vizsgált drog fogyasztása változatlanul alig van jelen a 8-10. évfolyamos középiskolások életében.

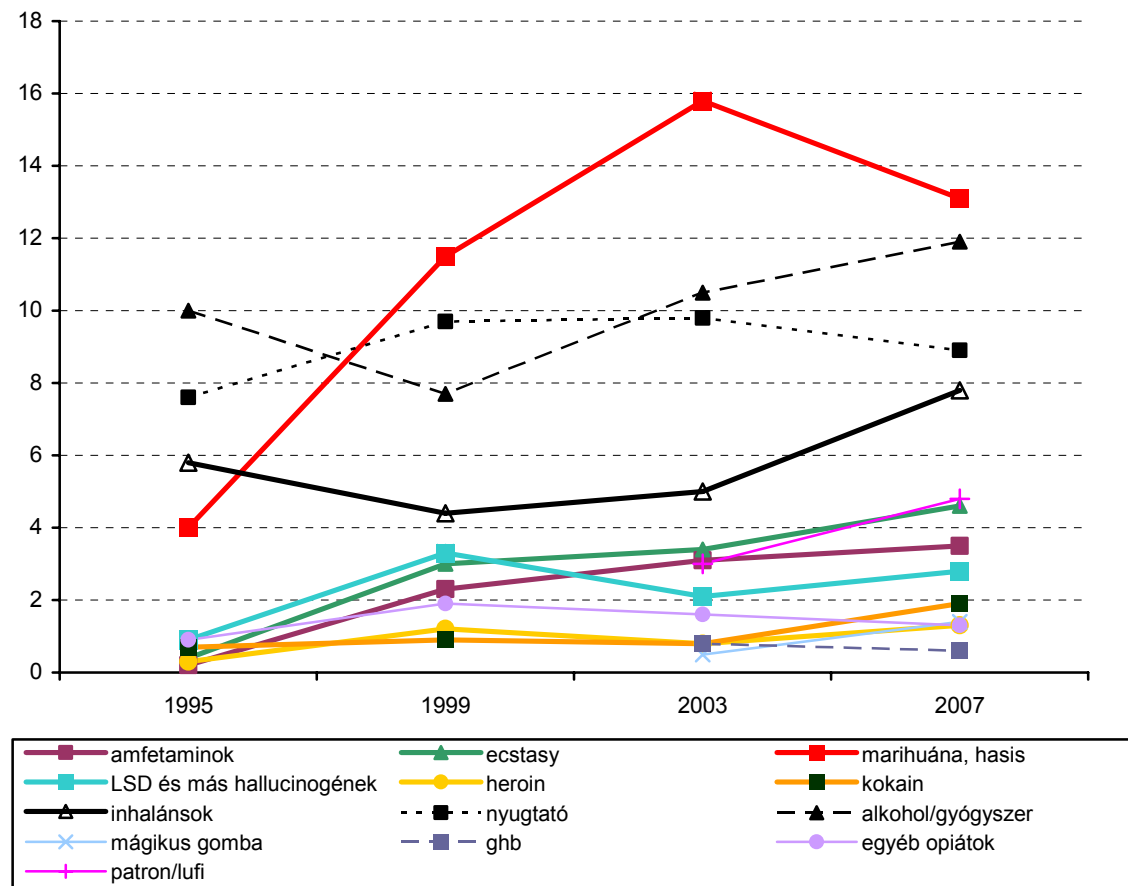
⁵ A fejezet szerzői: Elekes Zsuzsanna, Nádas Eszter

⁶ A kutatást a Budapesti Corvinus Egyetem Szociológia és Társadalompolitika Intézete készítette az ECHO Survey Szociológiai Kutatóintézettel együttműködésben. Az adatfelvétel önkitöltős, csoportos lekérdezéssel történt külső kutatási asszisztensek közreműködésével a 8-10 évfolyamosok reprezentatív mintáján. Bruttó minta 10598 fő, nettó minta 8693 fő volt. A kutatást az OTKA (K60709), a Szociális és Munkaügyi Minisztérium valamint a Nemzeti Drog Fókuszpont támogatta

⁷ Tiltott szerek: a korábbi ESPAD beszámolóiban tiltott szerek között szereplő drogok: marihuána vagy hasis, ecstasy, amfetaminok, LSD vagy más hallucinogének, crack, kokain, heroin.

⁸ Ebben a csoportban szerepelnek az „ESPAD” tiltott szereken kívül a mágikus gomba, GHB, egyéb opiátok (pl. máktea), egyéb drogok, szerves oldószerek, patron/lufi

1. ábra. Tiltott és legális szerek életprevalencia értéke 1995 és 2007 között a 16 éves diákok körében⁹



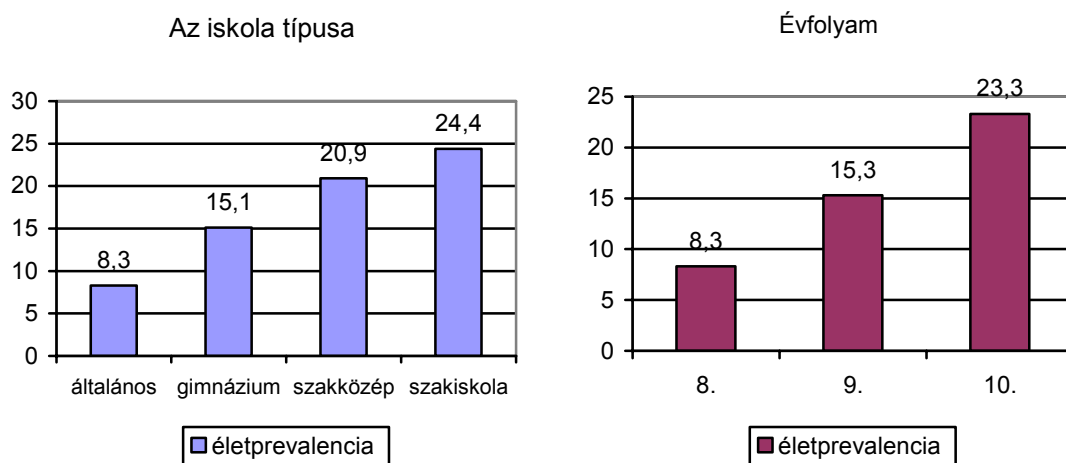
Forrás: Elekes 2009

Társadalmi státusz

A kutatásban a megkérdezett diákok társadalmi státusza és a szerfogyasztás közötti kapcsolatot is vizsgálták. A tiltott szerek életprevalencia értékei iskolatípusonként szignifikáns ($p < 0,001$) különbséget mutattak. A prevalencia értékek az általános iskolákban a legkisebbek, ezt követik a gimnáziumok, a szakközépiskolák, végül pedig a szakiskolák. Az iskolatípusonkénti különbségben részben kifejeződik az iskolák eltérő presztízse (legmagasabb a prevalencia érték a legalacsonyabb státuszú iskolatípusban), valamint az, hogy az általános iskolákban tanulnak a legfiatalabb diákok. A három vizsgált iskolai év során közel megháromszorozódik a tiltott szereket valaha használók aránya. Ez a növekedés elsősorban a marihuána életprevalencia értékében bekövetkezett több mint háromszoros növekedésnek tudható be (6,6%-ról a 8. évfolyamon, 21,6%-ra a 10. évfolyamon), míg a marihuánán kívüli tiltott szerek csupán megkétszereződtek (4,8%-ról 10,2%-ra nőttek a 8-10. évfolyam között).

⁹ A szövegben a 8-10. évfolyamos diákok teljes mintájában mért eredmények kerülnek bemutatásra, az idősoros ábra a 16 éves diákok vonatkozásában mutatja be az életprevalencia értékek változását.

2. ábra. A tiltott szerek életprevalencia értéke iskolatípusonként és az iskola évfolyama szerint a 8-10 évfolyamon tanulók között



Forrás: Elekes 2009

A szülők iskolai végzettsége alapján a tiltott szerek kipróbálása nem különbözik jelentősen az alacsonyabb és magasabb iskolai végzettségűek gyerekei között, bár egyértelműen veszélyeztetettnek tűnnek a befejezetlen felsőfokú végzettségű szülők gyerekei, és valamelyest elterjedtebb a tiltott szerek kipróbálása a legmagasabb, mint a legalacsonyabb iskolai végzettségű szülők gyerekei között. A szülők feltételezett anyagi helyzete nem mutat kapcsolatot a tiltott drogok kipróbálásával.

Az iskola székhelye és a család lakóhelye is arra utal, hogy a tiltott szerek használata elterjedtebb Budapesten és a nagyobb városokban.

A fiatalok társadalmi-gazdasági státuszát jelző mutatóknál erőteljesebb összefüggés található a tiltott szerek kipróbálása és a családi-iskolai élet minőségi mutatói között. A 2007. évi magyar adatok a nemzetközi tapasztalatokhoz és a korábbi hazai eredményekhez hasonlóan is azt bizonyítják, hogy az iskolai lógás és a gyengébb tanulmányi eredmény nagyobb mértékű drogfogyasztással jár együtt. Azok, akiket az édes szülők együtt nevelnek, akik elégedettek a szüleikhez fűződő viszonyukkal, és ahol a szülők kontrollálják gyerekeik szabadidős tevékenységét, ott a fiatalok kisebb valószínűséggel lesznek rendszeres droghasználók. Édes szülő nélkül, vagy gyenge szülői kontroll mellett nevelkedők, vagy akik elégedetlenek szüleikhez fűződő viszonyukkal, egyértelműen a legvesélyeztetettebbek közé tartoznak.

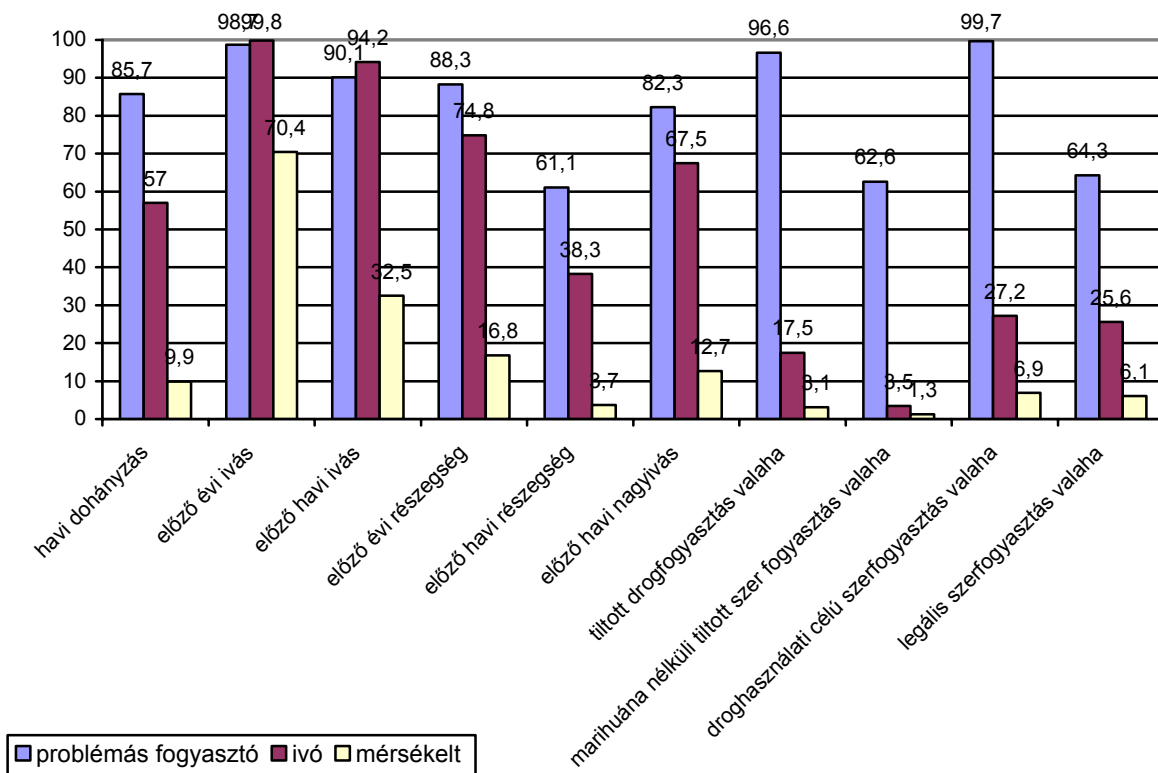
Fogyasztói csoportok

A tiltott és legális szerek egyidejű fogyasztásának vizsgálatára készített klaszterelemzés¹⁰ eredményei azt mutatják, hogy a különböző visszaélésre alkalmas szereket a diákok gyakran egyidejűleg fogyasztják, és a különböző szerek kipróbálása, vagy rendszeres fogyasztása növeli más szerek kipróbálásának vagy rendszeres fogyasztásának a valószínűségét. A diákok 8,7%-a tekinthető problémás fogyasztónak. Ők használtak már valamilyen tiltott szert és nemcsak marihuánát, kétharmaduk használt gyógyszert orvosi javaslat nélkül, háromnegyed részük napi rendszerességgel dohányzik, rendszeresen fogyasztanak alkoholt, elterjedt közöttük a lerészegedés és a nagyivás. A diákok egy másik csoportjára (28,5%) inkább csak a rendszeres alkoholfogyasztás és dohányzás jellemző (ivók). Közöttük is gyakori a nagyivás és lerészegedés, de sokkal ritkább a tiltott szerek kipróbálása és az is inkább csak a marihuánára korlátozódik. A diákok közel kétharmada csupán mérsékelten

¹⁰ A klaszterelemzés listwise módszerrel történt, a dohányzás, alkoholfogyasztás és az egyéb szerfogyasztás főbb mutatóinak bevonásával.

fogyasztja a vizsgált szereket. Alkalmanként fogyasztanak ugyan alkoholt, de nem jellemző a problémás ivás. Ritkán dohányoznak, és nem nagyon próbálkoznak egyéb drogok fogyasztásával.

3. ábra. A főbb prevalencia értékek a különböző fogyasztói csoportokban



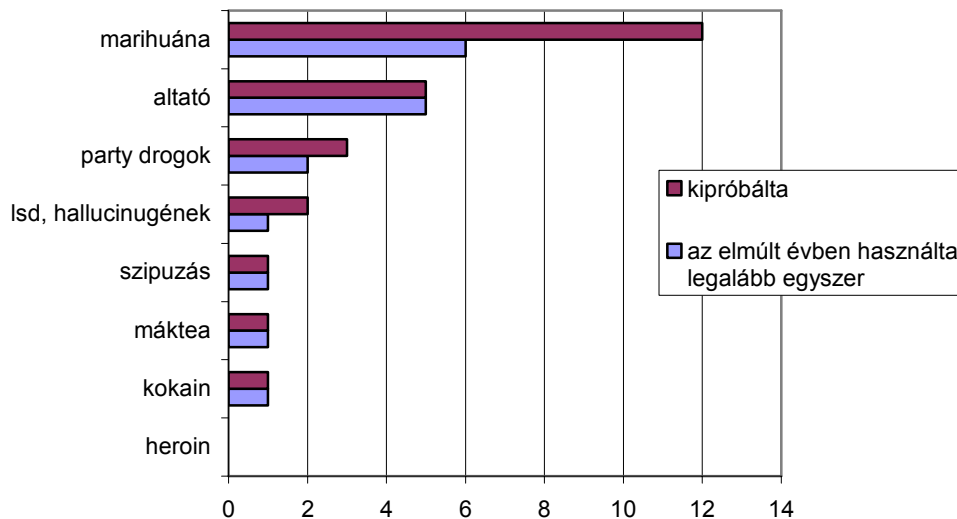
Forrás: Elekes 2009

A klaszterelemzés során elkülönített problémás fogyasztói csoport a legtöbb mutató alapján különbözik a többi diáktól. Közöttük nagyobb a fiúk aránya, a többieknél idősebbek, nagyobb arányban tanulnak szakközépiskolában és szakiskolában, több közöttük a Budapesten, vagy más városban lakó. Családi életük minőségi mutatói kedvezőtlenebbek a többiekénél, pszichés állapotuk mutatói is rosszabbak az átlagnál. A többiekhez képest sokkal elterjedtebbek közöttük a különböző problémás viselkedési formák. Az elmenős szabadidő eltöltési forma jellemzi őket, és kortárs kapcsolataikban is elterjedt a dohányzás, a problémásabb alkoholfogyasztás és a droghasználat. Az összetétel hatások kiszűrése után elsősorban a nem, az életkor, a szabadidő, a szerfogyasztó barátok és más problémás viselkedést jelző mutatók különítik el őket a többiektől.

Ifjúság 2008

A 15-29 éves korosztály életmódját, szokásait vizsgáló kutatás (Bauer és Szabó 2009)¹¹ keretében a szerhasználati szokásokról is kérdezték a fiatalokat. A válaszadók¹² 17%-a (fiúk 19%-a, lányok 15%-a) jelezte, hogy élete folyamán próbált már valamilyen drogfajtát¹³, 2004-ben ez az arány 11% volt. 2008-ban, 2004-hez hasonlóan a marihuána volt a legelterjedtebb kábítószer. A válaszadók 12%-a állította, hogy kipróbált már élete során marihuánát, ezen válaszadók fele az elmúlt évben is legalább egyszer használta ezt a drogot. A 15–29 évesek körében a második legelterjedtebb drogfajta az altatótabletták nem gyógyászati célú használata volt (5% próbálta). A party-drogokat¹⁴ kipróbálók aránya 3%, kétharmaduk az elmúlt évben is legalább egyszer használt ilyen szert. Ezekon a drogokon kívül még a hallucinogének, a szipuzás, a máktea és a kokain használata is mérhető arányban van jelen a fiatalok körében. A fiatalok 35%-a állította, hogy ismerősei, barátai között van olyan személy, aki kipróbált már valamilyen kábítószer. Ez valamivel kisebb arány a négy évvel korábban mértnél (43%).

4. ábra. Az adott drogot kipróbálók, illetve az adott drogot az elmúlt évben legalább egyszer használók aránya (%)



Forrás: Bauer és Szabó 2009

Szocio-demográfiai mutatók alapján vizsgálva a drogkipróbálás jellegzetességeit érdemi különbségek mutatkoztak az egyes ifjúsági csoportok között.

Az életprevalencia érték a 22-23 éves korcsoportban a legmagasabb – ebben a korosztályban meghaladja a 22%-ot –, az idősebb korcsoportokban viszont stagnálás, illetve csökkenés figyelhető meg. E jellegzetesség mögött leginkább az iskolai státusz meghatározó szerepe mutatható ki. A drogkipróbálás ugyanis – a kutatás eredményei szerint – a felsőoktatási intézményrendszerbe való bekerülés időszakában növekszik meg.

¹¹ Az Ifjúság 2008 kutatást a Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet készítette a Szociális és Munkaügyi Minisztérium megbízásából. A survey vizsgálat a 15–29 éves korosztály nemre, életkorra, településnagyságra reprezentatív mintáján történt, a nettó minta 8076 fő volt. Az adatfelvétel személyes interjú és önkitöltős kérdőív segítségével történt. A drogokkal kapcsolatos kérdőívek felvétele önkitöltős módszerrel történt. A kutatás módszertana megegyezik az Ifjúság 2004 kutatás során alkalmazottal.

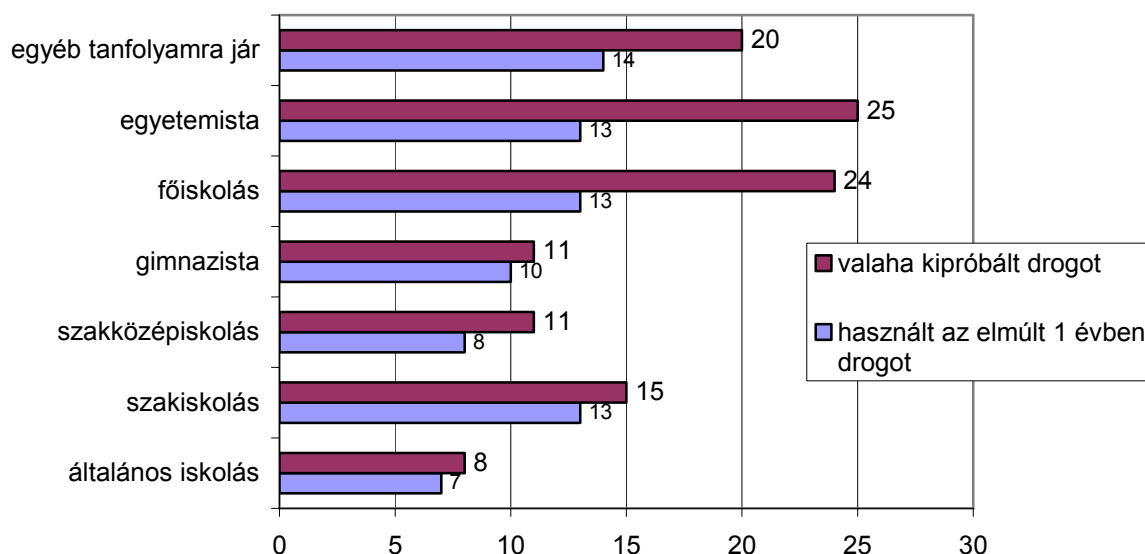
¹² A szerfogyasztásra vonatkozó kérdés esetében a válaszmegtagadás aránya 10% volt.

¹³ A következő szerekre kérdezték a kutatás: altató, nyugtató nem gyógyászati célból; marihuána, hasis /fű, spangli/; LSD, gomba, meszkalin, más hallucinogének; amfetamin, metamfetamin /party drogok, ecstasy, stb./; kokain; máktea; morfiom, heroin; szerves oldószer /szipu/; egyéb szer.

¹⁴ Party drogok: ecstasy, különféle amfetamin és metamfetamin származékok

Az adatfelvétel idején általános iskolába járók 8%-a jelezte, hogy kipróbált valamilyen drogfajtát, és ez az adatok alapján nagyjából az elmúlt egy esztendőre tehető. A középfokú tanintézményekbe járó fiatalok közül a drogfogyasztás által legveszélyeztetettebb réteg a szakiskolások csoportja, akik közül minden hetedik (15%) kipróbált már valamilyen kábítószerrel, illetve 13%-uk az elmúlt egy évben is használt drogot. A szakközépiskolások és gimnazisták körében az adatok hasonlatosak, saját bevallása szerint 11%-uk próbált már valamilyen kábítószerrel. Az adatfelvétel idején valamilyen felsőfokú intézménybe járók mintegy negyedének (25%) volt már kábítószeres tapasztalata, míg az elmúlt egy évben 13%-uk fogyasztott valamilyen szert.

5. ábra. A valamilyen drogot kipróbálók és az elmúlt egy évben drogot fogyasztók aránya a jelenleg végzett iskola típusa szerint (%)¹⁵



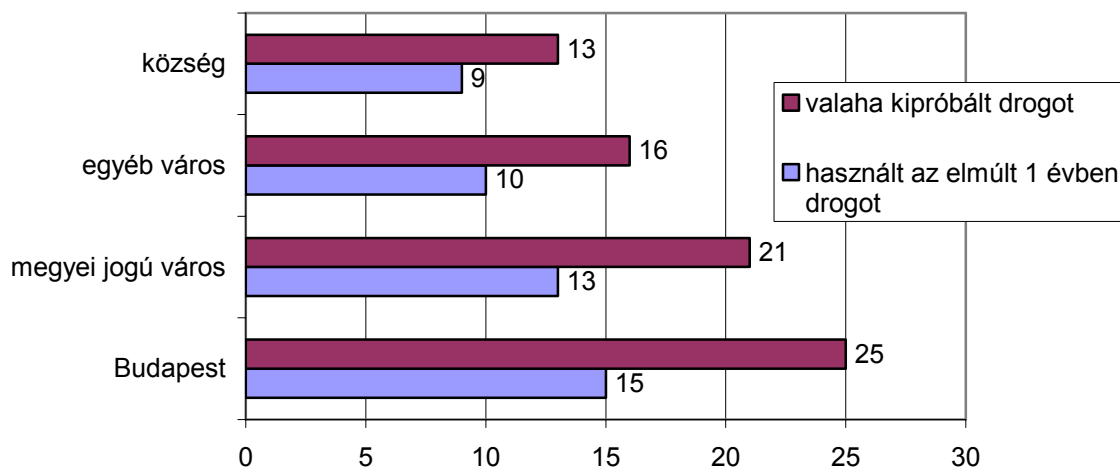
Forrás: Bauer és Szabó 2009

Szignifikáns összefüggést mutat az anya iskolai végzettsége és a gyermek drogkipróbálása és drogfogyasztása.

A drogkipróbálás és a drogfogyasztás jellegzetességeit az állandó lakhely szerinti település típusa is tovább árnyalja. A kábítószerrel kipróbálók és/vagy fogyasztók között felülreprezentáltak a Budapesten illetve részben a megyei jogú városokban lakó magyar fiatalok. Míg a községben lakó 15–29 évesek 13%-a, addig a fővárosiak 25%-a próbált már valamilyen drogfajtát. Ez utóbbi adatsor lényegében megegyezik a főiskolások és egyetemisták adataival. Hasonló különbségek mutathatók ki az elmúlt évre vonatkozó fogyasztás tekintetében is, az elmúlt egy évben kábítószerrel fogyasztók aránya a fővárosban élők körében 15%, míg a községben lakók körében kevesebb mint 10%.

¹⁵ Fiskolás, aki régi típusú főiskolai képzésre vagy BA képzésre jár; egyetemista, aki régi típusú egyetemi képzésre vagy MA vagy Ph.D. képzésre vagy másoddiplomás képzésre jár.

6. ábra. A valamilyen drogot kipróbáltak és az elmúlt egy évben drogot fogyasztók aránya az állandó lakhely szerinti település típusa szerint (%)



Forrás: Bauer és Szabó 2009

A magyar fiatalok drogkipróbálási szokásai és a háztartás szubjektív anyagi helyzete között alig mutatható ki érdemi kapcsolat. A legjobb szubjektív anyagi helyzetben lévő, azaz pénzt félre tenni tudók, gondok nélkül élők között ugyan kétségtelenül magasabb a kábítószer kipróbálók aránya, de a legalacsonyabb szubjektív státusúaknál is viszonylag magas ez az arány.

2.3. DROGFOGYASZTÁS EGYES SPECIFIKUS CSOPORTOKBAN

Katonák

A Magyar Honvédség 2008-ben is végzett kábítószer szűrővizsgálatokat az állomány körében, melynek célja a tényleges fogyasztók kiszűrése, a fogyasztás csökkentése, a drogmegelőzési technikák hatékonyságának nyomon követése, valamint új cselekvési programok megalapozása volt (MH 2009).

3. táblázat. 2008-ban végzett kábítószer szűrővizsgálatok a Magyar Honvédségben

Szűrővizsgálat	Pozitív esetek száma			Összesen
	Kannabisz	Opiát	Amfetamin	
Alkalmassági (N=8001)	0	0	0	0
Hatósági (N=1169)	29	0	1	30
Összesen (N=)	29	0	1	30

Megjegyzés: kizárólag a laboratóriumi vizsgálattal megerősített eseteket tartalmazza

Forrás: MH 2009

2007-ben csak a hatósági szűrővizsgálatok esetében álltak rendelkezésre a laboratóriumi vizsgálattal megerősített esetek, az akkori eredményekkel összevetve 2008-ban nőtt a THC pozitív esetek száma, opiát-pozitív esetet sem az alkalmassági, sem a hatósági vizsgálatoknál nem találtak.

Következtetések

A 2007-es – 8-10. évfolyamos diákok körében készült – ESPAD kutatás eredményei alapján a fiatalok szerfogyasztásában jelentős szerkezeti változás nem volt megfigyelhető (Elekes 2009). Változatlanul a marihuána a legelterjedtebb szer, ettől alig marad el a gyógyszer és alkohol együttes fogyasztása. Harmadik helyen az orvosi recept nélküli nyugtató fogyasztás áll, ezt a szipuzás követi. Ezek után következik szinte azonos arányban a patron/lufi és az ecstasy használata. Az elmúlt évekhez képest csökkent a kannabisz-fogyasztás előfordulása, azonban az alkohol és gyógyszer együttes fogyasztásában, az inhalánsok, a patron/lufi és az ecstasy esetében növekedés volt megfigyelhető.

Az Ifjúság 2008 kutatás eredményei (Bauer és Szabó 2009)) szerint a 15-29 éves fiatalok 17%-a próbált élete során valamilyen fajta drogot, ez az arány magasabb a 2004-ben mértnél (11%). A legelterjedtebb szer a marihuána, ezt az altató nem gyógyászati célú fogyasztása, majd a party drogok követik.

3. PREVENCIÓ¹⁶

Háttér, előzmények

Az iskolai szinten működő drogvenció programokról részletes információ áll rendelkezésünkre, a programokat tartalmazó, több szempont szerint kereshető adatbázis (www.ndi-szip.hu) látogatottsága évről-évre növekszik.

2008-ban kutatás készült a nem iskolai szinten tevékenykedő drogvenció programok/szolgáltatások feltárása céljából. A kutatás egyik célkitűzése a nem iskolai szinten megjelenő drogvenció programok/szolgáltatások kataszterének elkészítése volt.

3.1. ÁLTALÁNOS PREVENCIÓ

Iskolai prevenció

Az SzMM-OKM közös iskolai egészségnevelési és drogvenció programok támogatására kiírt pályázatának keretösszege 2008-ban 170.000.000 Ft (676.617€)¹⁷ volt.

A 327 pályázó közül 225 pályázat részesült pályázati támogatásban¹⁸. A pályázat keretében 30.090 alacsony fokú intézményben tanuló (10-14 éves), 54.860 közép fokú intézményben tanuló (14-18 éves) és 9.453 6-8-12 osztályos iskolában tanuló (12-18 éves) diák vett részt prevenció foglalkozásokon¹⁹, összesen 94.403 diák (2007-ben 116.794 diák, 2006-ban 105.225 diák), vagyis a 10-18 éves, alacsony és közép fokú nevelési-oktatási intézményekben tanuló diákok 9,5%-a (SzMM 2009). Az SzMM-OKM pályázaton kívül más források felhasználásával, vagy külön finanszírozás nélkül is folyt drogvenció tevékenység az iskolákban.

Képzések pedagógusoknak

Az OKM²⁰ 2008-ban 5 millió forinttal (19.900,5€) támogatta a „Szenvedélykeltő szerek fogyasztásának visszaszorítása, iskolai egészségfejlesztés” című 30 órás, négy napos akkreditált pedagógus továbbképzést, melyen közel 100 pedagógus vett részt (OKM 2009). A Mentálhigiénés Alacsony fokú továbbképzés Pedagógusoknak (MAP) című, szintén 30 órás akkreditált képzést 11 millió forinttal (43.781,1€) támogatta a minisztérium, ezen a képzésen közel 200 pedagógus vett részt.

¹⁶ A fejezet szerzői: Nadas Eszter, Paksi Borbála

¹⁷ Az értékek a 2008-as hivatalos euró középárfolyam (1€ = 251,25Ft) szerint kerültek kiszámításra.

¹⁸ 28 pályázat érvénytelen volt, 74-et elutasítottak

¹⁹ A Szociális és Munkaügyi Minisztérium tájékoztatása alapján

²⁰ Az Oktatási és Kulturális Minisztérium beszámolója alapján

3.2. CÉLZOTT PREVENCIÓ

2008-ban kutatás készül (Paksi 2008) t²¹ a nem iskolai szintűen megjelenő drogprevenációs programok feltárása céljából. A kutatás első fázisában a kutatás keretébe tartozó drogprevenációs szervezetek azonosítása zajlott, a második fázisban a kutatás mintakeretéhez tartozóként azonosított szervezetek által működtetett prevenációs programok/szolgáltatások strukturált leírásainak összegyűjtésére került sor. Az információk összegyűjtésére alkalmazott Program Információs Adatlap, struktúrájában és tartalmában követi az EDDRA kérdőívet.

A prevenációs szintér nem iskolai szegmensén azonosított 162 prevenációs szolgáltató több mint egyharmada (59 szervezet, az összes szolgáltató 36%-a) budapesti székhellyel működött. Vidéken átlagosan 5-6, a keleti határ menti megyékben – Békés (14), Hajdú-Bihar, illetve Szabolcs-Szatmár (9-9) – azonban ennél jóval több iskolán kívüli, drogprevenációval (is) foglalkozó szakmai szervezetet sikerült feltárni.

Az elért, a szintér szereplőiként azonosított és a Program Információs Adatlapot az adatfelvételi periódusban kitöltő 66 szervezet adatai alapján megállapítható, hogy a szervezetek többsége nem főtevékenységként végzi a drogprevenációs vagy egészségfejlesztő munkát, hanem más szociális (12 db), egészségügyi (6 db) vagy család-, ill. gyermekvédelmi (15 db) feladatok ellátása mellett. Kifejezetten drogprevenációs vagy egészségfejlesztési feladatok ellátására a feltárt szervezetek közel egyharmada (21 szolgáltató) orientálódott.

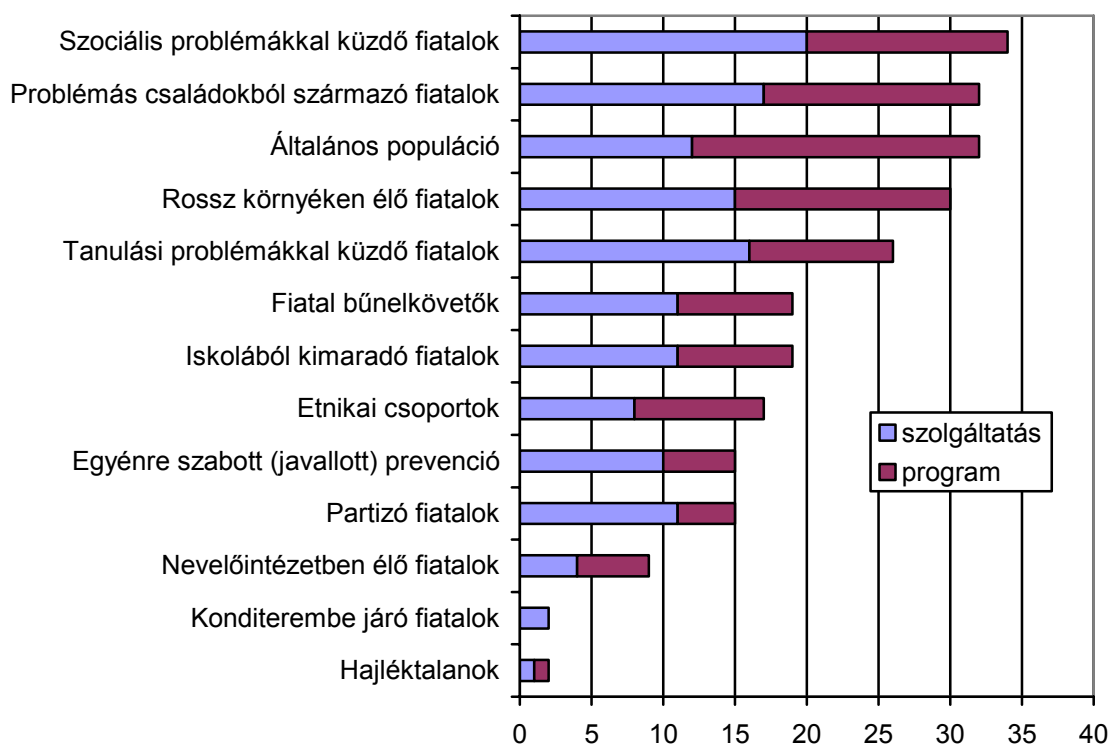
A 66 szervezet 71, közvetlenül a végső célpopulációra irányuló programot/szolgáltatást működtetett, melyek között nagyobb arányban volt jellemző a programszerű lebonyolítás (55%), mint a szolgáltatások nyújtása (45%)²².

Az elérni kívánt célcsoport tekintetében változatos képet mutattak az elért programok/szolgáltatások. Mintegy 30-30 intervenció szociális problémákkal küzdő és/vagy problémás családból származó, és/vagy rossz környéken élő fiatalokat, illetve az általános populációt célozza meg. Tanulási problémákkal küzdő fiatalok számára 25 beavatkozást sikerült azonosítani. 15-20 olyan program/szolgáltatás működik az országban, amely a bűnelkövető, és/vagy iskolából kimaradó, és/vagy valamilyen etnikai csoporthoz tartozó fiatalokat célozza meg. Hasonló számban találtak egyénre szabott (javallott) intervenciókat. Egyelőre azonban meglehetősen kevés beavatkozás irányul a hajléktalan populációra. A célcsoportok többségét közel azonos számban próbálják elérni programokkal és szolgáltatásokkal (pl. etnikai csoportok, nevelőintézetben élő fiatalok, rossz környéken élő fiatalok), de néhány célcsoportban (pl. partizó fiatalok, szociális, vagy tanulási problémákkal küzdő fiatalok) döntően a szolgáltatások dominálnak. Az általános populációra irányuló beavatkozások inkább program jellegűek.

²¹ A kutatást a Budapesti Corvinus Egyetem Magatartástudományi és Kommunikációelméleti Intézet Viselkedéskutató Központja végezte, a Szociális és Munkaügyi Minisztérium (pályázati azonosító: KAB-KT-07-0028) és a Nemzeti Drog Fókuszpont támogatásával. A kutatás során különböző információ források (pl. SzIP, pályázati kiírások, ÁNTSZ, stb.) áttekintése, továbbá az elért szervezetek szakmai networkje mentén haladva 970 olyan szervezetet találtak, mely potenciálisan az iskolán kívüli drogprevenáció területén (is) működtetett. A 970 potenciális keretszervezet 60,5%-át, 587 szervezetet sikerült telefonon elérni. Az 587 szervezet közül 162 folytatott nem iskolai szintűen programszerűen, aktuálisan is (2003-2007 között legalább 1 évben), nem valamilyen országos hálózat keretében prevenációs munkát. A részletes adatfelvétel során használt Program Információs Adatlapot végül 66 szervezet töltötte ki – 88 programjáról – értékelhető minőségben. A bemutatott információk a közvetlenül az intervenálni kívánt végső célcsoportra irányuló 71 program leírásából származnak.

²² A programok, és a szolgáltatások a prevenációs beavatkozások két, a megvalósítás idejének strukturáltsága szerint elkülönülő típusát jelentik. A programok kötött időintervallumban, meghatározott alkalommal, illetve alkalmazott meghatározott óraszámmal megvalósuló beavatkozások, míg a szolgáltatások az idő dimenzió mentén kevésbé strukturálhatók, bizonyos nyitva tartás mellett folyamatosan zajló intervenciók.

7. ábra. A szolgáltatások és programok által elérni kívánt különböző célcsoportok említéseinek száma (N=71)



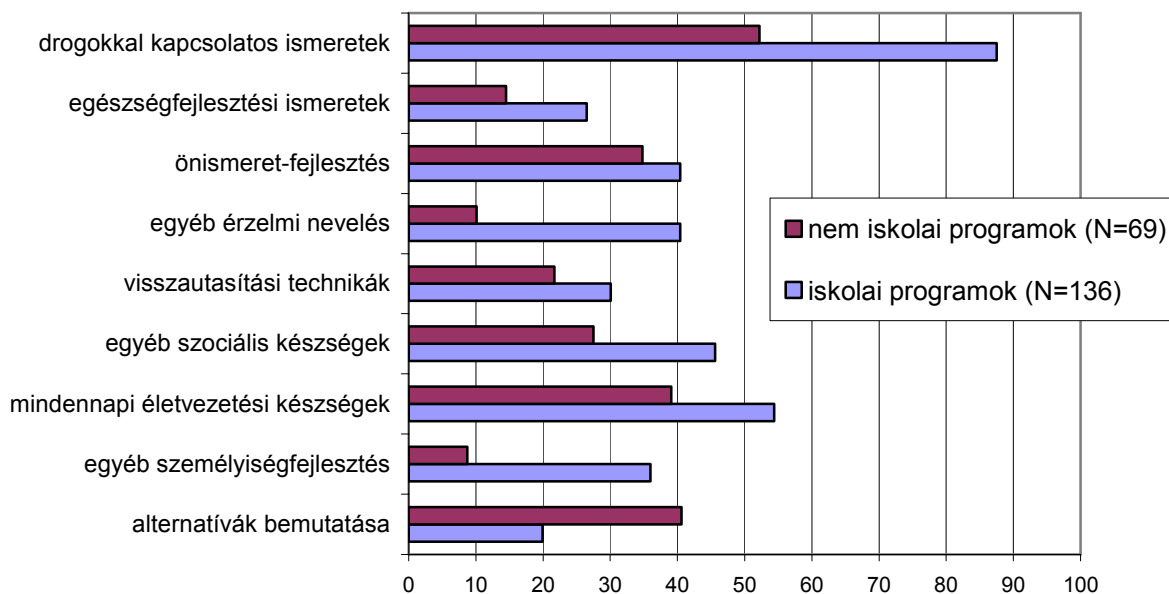
Forrás: Paksi 2008

A megcélzott korosztályokat vizsgálva megállapítható, hogy a különböző korcsoportok számára nem iskolai szinten kínált prevenció programok/szolgáltatások meglehetősen kiegyenlített arányban vannak jelen. A legnagyobb választék a középiskolás korosztály (14-18 éves) részére kínált beavatkozásokban mutatkozik, a megismert programok/szolgáltatások közel háromnegyede (72,5%-a) foglalkozik ezzel a korosztállyal. Ezt követi a 18-24 éves korosztállyal (62,3%), majd a 14 év alatti gyermekekkel (56,5%) foglalkozó beavatkozások gyakorisága. A 24 éves kor feletti fiatal felnőtteket a programok/szolgáltatások fele (52,2%) célozza meg.

Az elmúlt években az iskolai szinten végzett kutatások (Paksi és Demetrovics 2003; Paksi és Demetrovics 2005) eredményeképp lehetőség nyílik a programok/szolgáltatások célkitűzéseinek és módszereinek az iskolai szinten működő programok jellemzőivel való összevetésre.

Az iskolai szinten jelenlévő, és az egyéb szintereken megismert programok célkitűzéseit összehasonlítva azt találták, hogy a nem iskolai programok általában kisebb számú céltételezéssel dolgoznak (az iskolai programok átlagosan 3,8, a nem iskolai programok/szolgáltatások átlagosan 2,7 célkitűzést fogalmaztak meg). Az is megállapítható, hogy a nem iskolai szinten inkább vannak jelen az alternatívák megismertetésével kapcsolatos célkitűzések, és jóval kisebb arányban jelennek meg az iskolai programokban oly népszerű, ismeretátadással kapcsolatos célok.

8. ábra. A különböző célkitűzések megjelenése a közvetlenül az interveniált populációra irányuló prevenciós beavatkozásokban (a beavatkozások százalékában kifejezve)

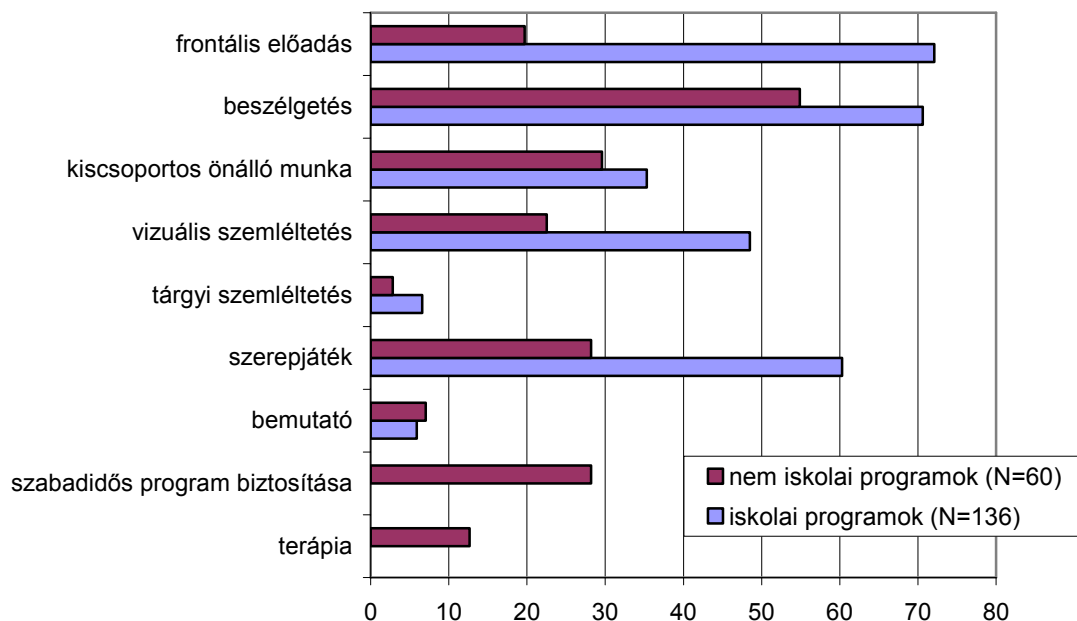


Forrás: Paksi 2008

A programok megvalósítása során alkalmazott módszereket²³ tekintve szintén elmondható, hogy a nem iskolai szintén működő programok/szolgáltatások átlagosan kevesebb alkalmazott módszert említettek, mint az iskolai programok (iskolai programok esetén átlagosan 3, a nem iskolai szintén működő programok/szolgáltatások átlagosan 2,4 módszert említettek). Az iskolai programokkal összevetve, a nem iskolai programok sokkal kisebb arányban alkalmazzák az iskolai munka során gyakorta alkalmazott módszereket, mint a frontális előadás és a vizuális szemléltetés. A vizsgált programok/szolgáltatások esetében a leggyakoribb módszer a beszélgetés (55%) volt, ezt a kiscsoportos munka (29,6%), majd a szerepjáték (28,2%) és a szabadidős program biztosítása (28,2%) követte.

²³ Az alkalmazott módszer 11 esetben nem volt ismert

9. ábra. A különböző módszerek megjelenése a közvetlenül az interveniált populációra irányuló prevenciók beavatkozásokban (a beavatkozások százalékában kifejezve)²⁴



Forrás: Paksi 2008

Rekreációs színtér

2008-ban 8 városban/kistérségben 6 szervezet végzett a rekreációs színtéren ártalomcsökkentő/prevenciók tevékenységet. A korábbi években bemutatott programokhoz képest újdonság az INDIT Közalapítvány által 2007-ben Kaposváron, valamint a 2008-ban a MIÉRTÜNK Egyesület által Orosházán beindított szolgáltatás. Az Egerben és az egeri kistérségben tevékenykedő Agria party service azonban 2008 júliusától kezdve az intézményi háttér és az anyagi/szakmai támogatottság megszűnése miatt „alvó programmá” alakult.

Az Orosházán elindított program sajátossága, hogy a munkát nem a „klasszikus” bulisegély során végzett tevékenységekkel kezdte (ártalomcsökkentő szerek nem kerültek kiosztásra), hanem a helyi Evangélikus Általános Iskola és Gimnázium Diákklubjában, kötetlen programként. A gimnazistákkal való kapcsolatfelvétel után, a szélesebb kör elérése érdekében, az Orosházán üzemelő legnagyobb sörözőben is megkezdődött a szolgáltatás biztosítása.

2008-ban a szervezetek összesen 393 eseményen vettek részt, ahol több mint 9400 fiatallal kerültek kapcsolatba²⁵. A kapcsolatteremtés és beszélgetések mellett a szervezetek munkatársai tájékoztató anyagokat, szórólapokat, valamint egyéb, a drogfogyasztás ártalmait csökkentő italokat, ételeket osztottak a szórakozó fiataloknak. A szolgáltatók a következőkkel segítették a fiatalok biztonságosabb szórakozását: ásványvíz (több mint 30.000 liter), óvszer (18496 db), szórólapok (23416 db), szőlőcukor, keksz, vitaminok, gyümölcs.

²⁴ Az iskolai programok vizsgálata során a Program Információs adatlapon a „szabadidős program biztosítása” és a „terápia” módszerek nem szerepeltek

²⁵ Az adatok a budapesti székhelyű, de országos szinten tevékenykedő Kék Pont Party Service adatait nem tartalmazzák.

A Magyar Honvédség drogrevenziós tevékenysége²⁶

A Magyar Honvédség Egészségmegőrző Programjának a személyi állomány egészség tudatos magatartásának kialakítása, illetve továbbfejlesztése a célja (MH 2009). A program egyik kiemelt területe a szenvedélybetegségek – ezen belül a kábítószer-fogyasztás – megelőzése, de az egészségmegőrzés más témaköreit is érinti (pl. szív- és érrendszeri betegségek megelőzése; egészséges táplálkozási szokások kialakítása; testmozgás, mozgáskultúra a mindennapokban, stb.). A program az MH alakulatainál kiscsoportos (20-25 fős), interaktív csoportfoglalkozások módszerével került levezetésre. A program során – kiscsoportos prevenciós előadásokkal és prevenciós plakátkiállítással – 14 alakulatnál összesen 1.513 főt értek el.

A kiemelt, központi katonai rendezvényeken az Egészségügyi Központ szakmai megjelenése ún. „workshop” jelleggel került végrehajtásra, amelynek során ismeretátadásra, személyes tanácsadásra, prevenciós kiadványaik átadására, illetve helyben lebonyolítható szűrővizsgálatok elvégzésére volt lehetőség. Az ebben a formában végrehajtott programokon állandóan jelen volt legalább egy fő drogrevenziós szakember, aki személyes tanácsadással, illetve – indirekt módon – tájékoztató kiadványok átadásával, drogrevenziós szakmai totók kitöltésével végzett prevenciós tevékenységét. 7 rendezvény (pl. Magyar Honvédelem Napja, Katonacsatládok Országos Találkozója, stb.) során összesen 6150 főt értek el.

A civil-katonai együttműködés keretében az „Éld meg az életed” c. programmal összesen 9 alkalommal vettek részt különböző egészség-megőrzési rendezvényeken, melyek során 2550 főt értek el.

Munkahelyi prevenció

2008-ban a Szociális és Munkaügyi Minisztérium pályázatot írt ki „Kábítószer-fogyasztókkal és kábítószer-prevencióval foglalkozó szervezetek komplex munkahelyi megelőző és egészségfejlesztési programjainak támogatására”, a pályázat keretösszege 30.000.000 Ft (119.403 €) volt. A beérkezett érvényes 10 pályázatból a minisztérium 6 pályázatot részesített támogatásban, összesen 14 878 040 Ft 59.216 €) értékben.

2008-ban a Foglalkoztatási Hivatal munkatársai további megbeszéléseket, workshopokat szerveztek a „Maradj a Zöld Zónában” elnevezésű program lebonyolítása során szerzett tapasztalatok cseréje, valamint a program továbbfejlesztése érdekében. Az év során három tanulmány készült el a munkahelyi drog- és alkohol-megelőzési program kialakításával, bevezetésével kapcsolatban. A program továbbfejlesztésével és kiterjesztésével kapcsolatos anyagok, megbeszélések egy új megközelítés szellemében készültek, szerveződtek. Az új megközelítés lényege, hogy a drog- és alkohol-megelőzés hatékonyan beilleszthető a vállalatok társadalmi felelősségvállalási (CSR)²⁷ programjaiba, amely elősegíti a széles körben való elterjesztést.

²⁶ A Magyar Honvédség beszámolója alapján

²⁷ CSR (Corporate Social Responsibility), azaz a vállalatok társadalmi felelősségvállalása az a koncepció, mely szerint a vállalatok önkéntesen integrálják a társadalmi és a környezeti kérdéseket üzleti működésükbe, valamint az érintettekkel való interakcióikba, oly módon, ami túlmegy a törvényes elvárásokon és „többet” fektet az emberi tőkébe, a környezetbe és az érintettekkel való kapcsolatokba. A felelősen gondolkodó piaci szervezet ezért, mint kulcsfontosságú érintettjét kell figyelembe vennie azt a társadalmat, amelyben gazdálkodik, amely munkarejét és fogyasztóit is adja.

3.3. JAVALLOTT PREVENCIÓ

A nem iskolai szintéren megjelenő drogprenvenációs programok feltárása céljából készült kutatás (Paksi 2008) során a korábbiakban bemutatott, közvetlenül az interveniálni kívánt végső célcsoportra irányuló 71 program/szolgáltatás közül 15 (10 szolgáltatás, 5 program) említette, hogy végez egyénre szabott (javallott) prevenciót is.

Ezen programok/szolgáltatások célcsoportját tekintve legtöbbször a szociális problémákkal küzdő és problémás családból származó fiatalokat említették (9-9 említés), ezeket a rossz környéken élő és tanulási problémákkal küzdő fiatalok (8-8 említés), majd a fiatal bűnelkövetők és iskolából kimaradó fiatalok követték (7-7 említés).

Az egyénre szabott prevenciót is végző programok/szolgáltatások átlagosan 3,5 célkitűzést említettek, mely magasabb, mint az iskolán kívüli munka során általában megfogalmazott célkitűzések átlaga (2,7). Célkitűzéseiket tekintve ugyanolyan arányban említették a drogokkal kapcsolatos ismeretek átadását, mint a mindennapi életvezetési készségek fejlesztését (9-9 említés), ezeket az önismeret-fejlesztés (8 említés) és az egyéb szociális készségek fejlesztése (6 említés) követte. Legkisebb számban az egyéb érzelmi nevelést említették (1 említés).

Az alkalmazott módszereket tekintve az iskolán kívüli programok átlagához hasonlóan, a javallott programok is átlagosan 2,5 módszer alkalmazását említették. A leggyakrabban alkalmazott módszer a beszélgetés volt (9 említés), ezt a szerepjáték (8 említés) és a kiscsoportos munka követte (6 említés).

Következtetések

A 2007/2008-as tanévben 94.403 diák, vagyis a 10-18 éves, alap- és középfokú nevelési-oktatási intézményekben tanuló diákok 9,5%-a vett részt valamilyen drogprenvenációs foglalkozáson az SzMM-OKM közös, iskolai egészségnevelési és drogprenvenációs programok támogatására kiírt pályázatának keretében.

A nem iskolai szintéren tevékenykedő drogprenvenációs programok/szolgáltatások feltárása céljából készült kutatás során 162 prevenciószolgáltatást azonosítottak, melyek programjairól 66 esetben áll rendelkezésre részletes információ. Az elérni kívánt célpopulációt tekintve a programok/szolgáltatások legnagyobb arányban a szociális problémákkal küzdő fiatalokat, a problémás családból származó fiatalokat, az általános populációt és a rossz környéken élő fiatalokat említették. Az iskolai szintéren működő programokkal összehasonlítva az iskolán kívül megjelenő programok/szolgáltatások kevesebb célkitűzést említettek és jóval nagyobb arányban jelentek meg az alternatívák megismertetésével kapcsolatos célkitűzések.

A rekreációs szintéren ártalomcsökkentő szolgáltatást 2008-ban 6 szervezet nyújtott az ország 8 városában/kistérségében. Az év folyamán a szervezetek összesen 393 eseményen vettek részt, ahol több mint 9400 fiatallal kerültek kapcsolatba.

4. PROBLÉMÁS DROGFOGYASZTÁS²⁸

4.1. PROBLÉMÁS DROGFOGYASZTÓK PREVALENCIA ÉS INCIDENCIA BECSLÉSE

Nincs új információ

4.2. KEZELÉSBEN NEM RÉSZESÜLŐ PROBLÉMÁS FOGYASZTÓK

Szerfogyasztási jellemzők

Kezelésben nem részesülő problémás kábítószer-fogyasztók jellemzőiről²⁹ egy budapesti kutatásból állnak rendelkezésre információk, mely a kezelésbe jutás akadályait vizsgálta a roma és nem roma kezelésen kívüli intravénás használók körében (Márványkövi et al. 2008).³⁰

A megkérdezettek közel háromnegyede férfi volt (73,6% férfi, 26,4% nő). A nem roma szerhasználók esetében a nemek aránya 67% férfi és 33% nő, a magukat romának vallók esetében 80% férfi és 20% nő. A korösszetételt tekintve a mintában a 18-25 éves (32,9%) és 26-30 éves (35,7%) korosztály volt jelen a legnagyobb arányban.

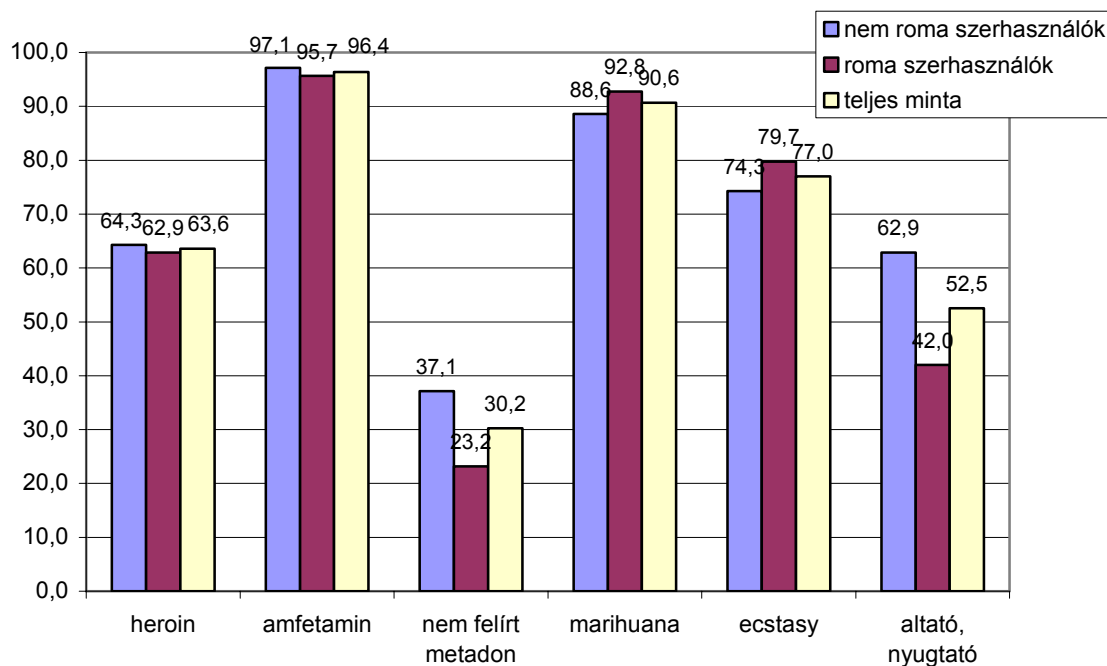
A szerfogyasztási jellemzőket vizsgálva azt állapították meg, hogy mindkét almintában az amfetamin életprevalencia értéke volt a legmagasabb, melyet a marihuána követett. Két esetben mutatkozott nagyobb mértékű eltérés a roma és nem roma alminták között: a nem felírt (utcán vett) metadont és az altatót/nyugtatót a roma használók szignifikánsan kisebb arányban fogyasztották, mint a nem roma szerhasználók.

²⁸ A fejezet szerzője: Nádas Eszter

²⁹ A megkérdezettek szociális helyzetével kapcsolatos adatokat a 8. fejezet tartalmazza

³⁰ A kutatást a Magyar Tudományos Akadémia Pszichológiai Kutatóintézete végezte. A kutatás 70 fős magát romának tartó, és 70 fős nem roma kontrollcsoport körében folyt. Szerhasználati jellemzőkben és szociodemográfiai vonásokban a két csoport hasonló volt. A 70 fős roma minta többlépcsős hólabda módszerrel került kialakításra. A kontrollcsoport kialakítása az adatfelvétel során folyamatosan, a roma szerhasználók mintavételi eljárásával egy időben folyt, illesztett minta használatával. A minta nem egy ismeretségi körből került kiválasztásra, a kutatók három különböző szolgáltató kliensköréből vették a mintát. A mintába kerülésnek három feltétele volt. Kor kritérium: 18 évnél idősebb; szerfogyasztási kritérium: legalább három éve fogyaszt rendszeresen opiátokat (inkább heroint), kokaint, vagy amfetamin származékokat; kezelési kritérium: soha nem volt semmilyen kezelési formában, volt valamilyen kezelési formában, de több mint egy éve; most került kezelésbe, előtte soha nem volt, vagy most került kezelésbe, és előtte régebben, mint egy éve volt. Az adatfelvétel face to face kérdőíves vizsgálati módszerrel történt, a kérdést a kutatásba bevont alacsonyküszöbű szolgáltatók utcai szociális munkásai végezték.

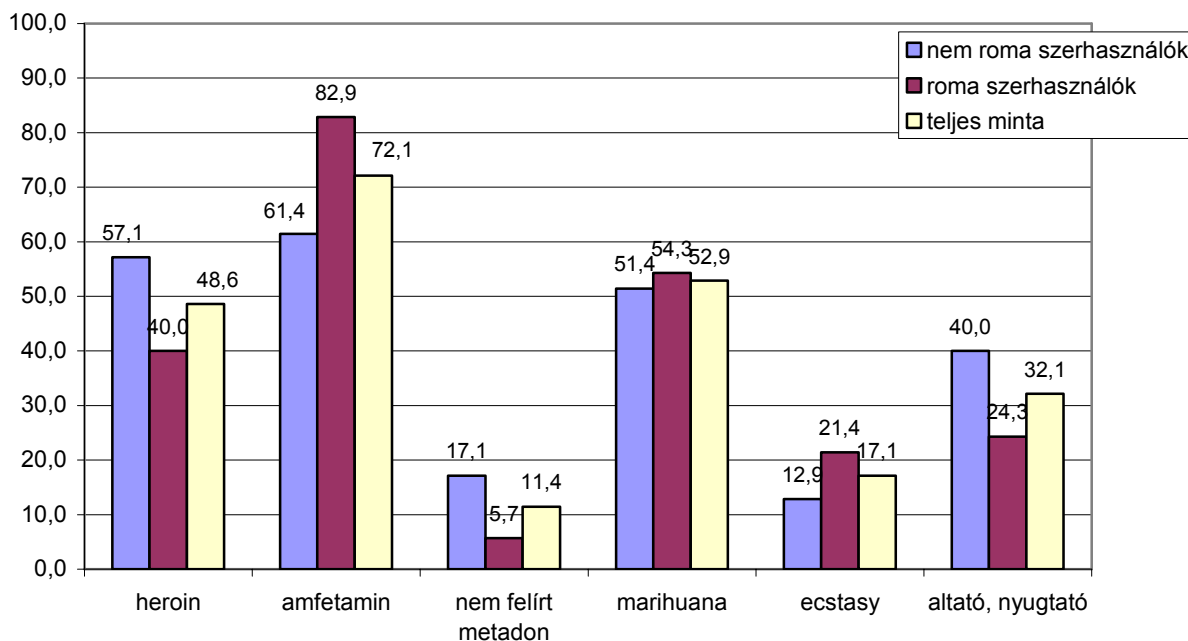
10. ábra. Illegális és legális szerek életprevalencia értékei a roma és nem roma kezelésen kívüli intravénás használók körében



Forrás: Márványkövi et al. 2008

A válaszadók a kérdezést megelőző 30 napban jellemzően amfetamin-származékokat használtak, a roma szerhasználók nagyobb arányban. A marihuána használata is jelentős arányban volt jelen a két almintában. Az alminták e tekintetben nem mutattak lényegi eltérést. Az amfetamin és az ecstasy inkább a roma populációra, míg a heroin és az altató, nyugtató használata a nem roma szerhasználókra volt jellemző.

11. ábra. Az elmúlt 30 napra vonatkozó szerfogyasztás prevalencia értékei a roma és nem roma kezelésen kívüli intravénás használók körében



Forrás: Márványkövi et al. 2008

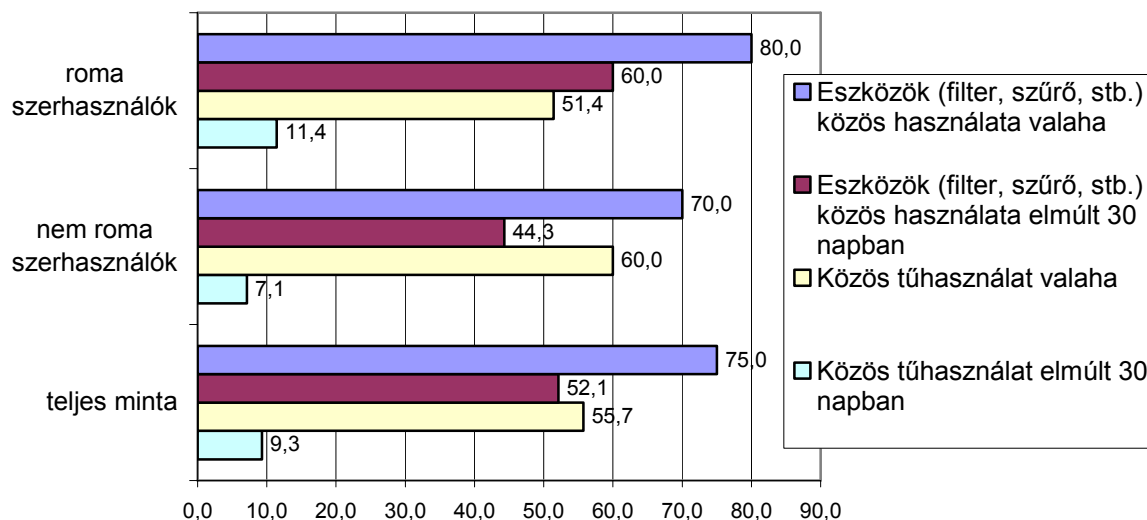
A rendszeres használat kezdetét tekintve azt találták, hogy mind a roma, mind a nem roma szerhasználók esetében a rendszeres marihuána fogyasztás (roma: 18,2 év, nem roma: 17,9) kezdete tehető a legkorábbra, míg a legkésőbbre a nem felírt metadon (roma: 24,6 év, nem roma: 24,9) használata. A két almintá között nem volt szignifikáns eltérés egyik szer esetében sem.

A kezelésen kívüli romák és nem romák esetében jellemző, hogy nem csupán egy szert fogyasztanak rendszeresen, hanem legtöbbször kettőt is. A kétszeres, háromszoros szerhasználat a romák esetében elterjedtebbnek mondható, mint a nem romák körében, és az eltérések szignifikánsak. Az alkoholfogyasztást vizsgálva azt állapították meg, hogy a teljes minta 43,6%-a fogyasztott a kérdezést megelőző 30 napon belül 5 alkoholtartalmú italnál többet egy alkalommal, azaz olyan mennyiséget, amely már meghaladja a küszöbértéket. A roma almintá esetében valamivel kisebb arányban volt jellemző a küszöbérték feletti alkoholfogyasztás előfordulása, azonban az eltérés nem bizonyult szignifikánsnak.

Kockázatos magatartások

Az elmúlt 30 napi közös tűhasználat ugyan mindkét almintában alacsony, a többi kockázatos magatartásformára vonatkozó értékek magasak. A teljes minta 55,7%-a használt már életében közös tűt, 75% közös eszközt életében, 52,1% pedig az elmúlt 30 napban is. A roma szerhasználókra jobban jellemző a közös tű- és eszközhasználat, amely alól azonban kivételt képez a tűmegosztás életprevalencia értéke. A roma használók tehát leginkább az injektáláshoz szükséges közös eszközhasználat tekintetében tanúsítottak magasabb kockázatos magatartásformát. A vizsgált eltérések közül az elmúlt 30 napra vonatkozó eszközhasználat esetében szignifikáns volt a különbség a roma és nem roma alpopuláció között.

12. ábra. Kockázatos magatartásformák előfordulása valaha és az elmúlt 30 napra vonatkozóan a roma és nem roma kezelésen kívüli intravénás használók körében



Forrás: Márványkői et al. 2008

Egészségi állapot

A roma és a nem roma használók között gyakorlatilag egyforma volt azok aránya, akik úgy nyilatkoztak, hogy van valamilyen tartós, orvos által diagnosztizált betegségük (roma: 30%, nem roma: 28,6%). Ugyanez mondható el a szerhasználatból fakadó egészségügyi károsodásokkal kapcsolatban is: a romák 25,7%-a, a nem romák 22,9%-a mondta, hogy van ilyen jellegű károsodása.

HIV szűrésen a romák 80%-a, míg a nem romák 71,4%-a járt már, míg hepatitisz szűrésen a romák 84,3%-a, a nem romák 73%-a volt már életében. A mintába került kezelésen kívüli roma szerhasználók 9-10%-kal nagyobb arányban jelentek meg a különböző szűréseken.

A legutóbbi HIV szűrés évét tekintve a romák 11,4%-a, a nem romák mindössze 3%-a volt 2008-ban szűrésen. Legjellemzőbb a 2007-ben történt szűrésen való részvétel (53,6%) volt; a romák 58,6%-a, a nem romák 48,6%-a vett részt ebben az évben HIV szűrésen. A mintában egyetlen HIV fertőzött személy volt.

A legutóbbi hepatitisz szűréssel kapcsolatban a roma szerhasználók 8,6%-a mondta, hogy 2008-ban vett részt szűrésen, míg a nem romák 4,3%-a. A legjellemzőbb a 2007-ben történt szűrési részvétel volt, a romák 64,3%-a, a nem romák 47,3%-a vett részt hepatitisz szűrésen ebben az évben. A romák 27,1%-a, a nem romák 11,4%-a volt fertőzött, míg a nem fertőzöttek aránya közel azonos volt romák (38,6%) és nem romák (40%) között. A minta egyötöde nem tudta megmondani, illetve nem válaszolt a kérdésre (roma: 18,6%, nem roma: 21,4%), illetve a teljes minta 21,4%-a még nem volt hepatitisz szűrésen (nem romák: 27,1%, romák: 15,7%).

Kapcsolat az ellátórendszerrel

A kezelési múltat vizsgálva az derült ki, hogy a minta 20%-a volt már a kutatás során vizsgált kezelési típusok valamelyikében (roma: 21,4%, nem roma: 18,6%). A 28 kezelési múlttal rendelkező megkérdezett legnagyobb arányban detoxikáló kezelésen vett részt (17 fő), ezt a börtönben való kezelés (12 fő), a drogambulancia (11 fő), a kórházi fekvőbeteg (5 fő) és a metadon kezelés (3 fő) követik. Rehabilitációban egyetlen fő sem vett részt.

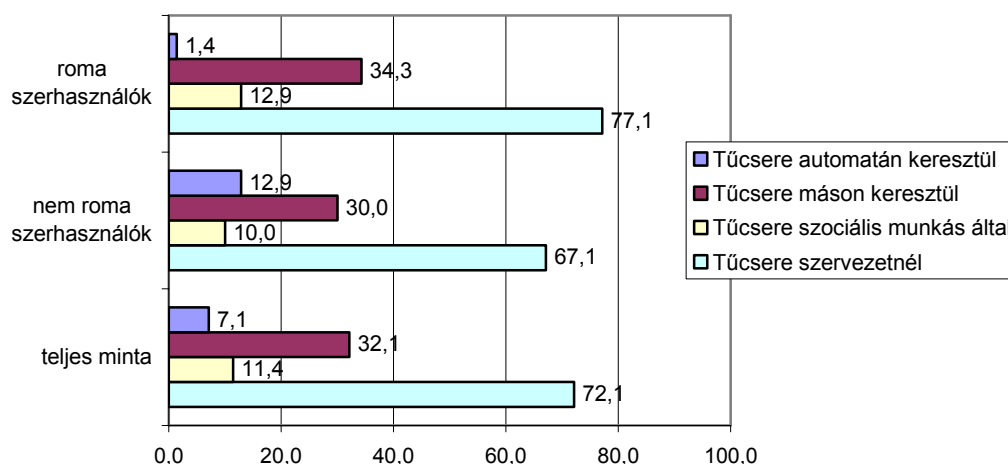
A vizsgálat nem csupán a kezelési múltat (vagyis a sikeres kezelésbe jutást) vizsgálta, hanem a sikertelen kezelésbe jutási kísérleteket is igyekezett feltárni. A teljes minta 19%-a (27 fő) próbált valamilyen kezelési formába bejutni, de sikertelenül. A sikertelen

próbálkozások vonatkozásában az alminták között szignifikáns volt a különbség. A roma szerhasználók 24%-a bejutási próbálkozásai ellenére sem jutott kezelésbe. A nem roma szerhasználók között ez az arány 14% volt. A leginkább nehezen elérhető kezelésnek a metadon kezelés bizonyult (mindkét almintában megegyezően). Ennek okaként a legtöbben a helyhiányt nevezték meg. A legkönnyebben elérhető kezelési formának az ambuláns kezelést ítélték, de közel azonos arányban jelölték meg a kórházi fekvőbeteg kezelést is. A teljes minta vonatkozásában a rehabilitációba bejutás volt a metadon program után a második legnehezebben elérhető kezelési mód. A két almintában a kezelésbe jutás megítélésében egyedül a rehabilitációs kezelés esetében mutatkozott nagyobb, de nem szignifikáns eltérés. A roma szerhasználók a rehabilitációs kezelésbe jutást könnyebbnek ítélték, mint a nem roma szerhasználók.

Tűcsere szolgáltatást a megkérdezettek jelentős része (92,8%-a) vett már életében igénybe valamilyen formában (romák: 100%, nem romák: 85,7%). A lekérdezést megelőző 30 napban a teljes minta 84,3%-a vett részt tűcserében (roma: 94,3%, nem roma: 74,3%).

Az állandó telephelyű szervezeteknél történő tűcsere a legjellemzőbb. A teljes minta 79,3%-a cserélt már tűt fix telephelyű szervezetnél életében, az elmúlt 30 napban ez a teljes minta 72,1%-ánál (roma 77,1%-a, nem roma 67,1%) fordult elő. Valamivel kevésbé jellemző a másodlagos tűcsere. Ez mind az élet-, mind az elmúlt havi prevalencia értékekben tükröződik. A teljes minta 53,6%-a (nem roma 55,7%, roma 51,4%) cserélt már tűt másokon keresztül életében. A megkérdezést megelőző 30 napban ugyanakkor csak a teljes minta 32,1%-a cserélt tűt másokon keresztül, ami kicsivel jobban jellemzőbb a romákra. A tűcsere-automaták igénybevételének életprevalencia értéke a teljes minta tekintetében 37,1%, ami jobban jellemző a nem romákra (41,4%), mint a romákra (33%). Ugyanakkor az elmúlt 30 nap folyamán a minta mindössze 7,1%-a vette igénybe az automatákat: a romák elenyésző hányada (1,4%) a nem romák 13%-kával szemben. A részvételi arány az utcai megkereső tűcsere programokban, mindkét csoportban alacsony. A teljes minta alig több mint ötöde (21,4%) jutott életében steril tűhöz ilyen módon, ami kissé jobban jellemző a romákra (24,3%), mint a nem romákra (18,6%). Az elmúlt 30 napi prevalencia értékek még alacsonyabbak: a teljes minta 11,4%-a (roma 13%, nem roma 10%) cserélt tűt utcai munkáson keresztül.

13. ábra. Tűcsere igénybevételének különböző formái az elmúlt 30 napra vonatkozóan



Forrás: Márványkői et al. 2008

4.3. INTENZÍV, GYAKORI, HOSSZÚ TÁVÚ ÉS MÁS PROBLÉMÁS DROGHASZNÁLATI MINTÁK

Nincs új információ

Következtetések

Roma és nem roma kezelésen kívüli intravénás szerhasználók körében készült kutatás (Márványkövi et al. 2008) azt találta, hogy a megkérdezettek körében az amfetamin élet-, és múlt havi prevalencia értéke volt a legmagasabb. A rendszeres használat kezdetét tekintve mind a roma, mind a nem roma szerhasználók esetében a rendszeres marihuána fogyasztás kezdete volt a legkorábbra tehető (18 év), míg a legkésőbbre a nem felírt metadon (24,8 év) használata. A kockázatos magatartásformát tekintve a megkérdezettek 55,7%-a használt már életében közös tűt, 75% pedig közös eszközt életében. Az elmúlt 30 napban a közös tűhasználat prevalencia értéke 9,3%, míg a közös eszközhasználaté 52,1% volt. A kezelési múltat vizsgálva az derült ki, hogy a minta 20%-a volt már a kutatás során vizsgált kezelési típusok valamelyikében, legnagyobb arányban detoxikáló kezelésen vettek rész (17 fő). A megkérdezettek a metadon kezelésbe való bekerülést tartották a legnehezebbnek, legkönnyebben elérhetőnek pedig az ambuláns kezelést. Tűcsere szolgáltatást a megkérdezettek 92,8%-a vett már életében igénybe valamilyen formában, a lekérdezést megelőző 30 napban a teljes minta 84,3%-a.

5. DROGFOGYASZTÓK KEZELÉSE: KEZELÉSI IGÉNY ÉS HOZZÁFÉRHETŐSÉG³¹

Háttér, előzmények

Az egészségügyi ellátórendszer átalakítása és fejlesztése az egészségügyi reform meghatározó eleme volt, melynek keretében a Magyar Országgyűlés 2006. december 19-én elfogadta az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló 2006. évi CXXXII. törvényt (Eftv.). A törvény egészségügyi ellátórendszerre gyakorolt közvetlen hatásairól a 2008-as Éves Jelentés 5. fejezetében számoltunk be részletesen.

A TDI adatgyűjtésből származó incidencia adatok elemzése mellett továbbra is szükségesnek tartjuk az OSAP adatgyűjtés prevalencia adatainak bemutatását. Az OSAP adatgyűjtés 2008. évi adatai – az adatgyűjtés minőségbiztosításában eszközölt fejlesztéseknek köszönhetően – az eddigieknél megbízhatóbb alapot szolgáltatnak a kezelésben lévők bemutatásához.

5.1. SZAKPOLITIKA

2008. január 1-ét követően az egészségbiztosító a bejelentési és járulékfizetési kötelezettség teljesítésének ellenőrzése céljából az APEH-nak átadja azok adatait, akik úgy vettek igénybe egészségügyi szolgáltatást, hogy az OEP egészségügyi szolgáltatásra jogosultakról vezetett nyilvántartásában nem szerepeltek, illetve, akik a saját jogosultságuk tisztázása érdekében az egészségbiztosítási szervnél erre eljárást nem kezdeményeztek. Ez a változás nem érinti azokat a kábítószer-fogyasztókat, akik (járványügyi érdekből végzett) szűrővizsgálaton vesznek részt, vagy sürgősségi ellátást igényelnek (pl. mérgezés miatt kerülnek egészségügyi ellátásba).

2008 decemberében jelent meg a 337/2008. (XII. 30.) Korm. rendelet az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló 2006. évi CXXXII. törvény végrehajtásáról, amely az egészségügyi ellátórendszer olyan pontjait hivatott szabályozni részleteiben is, melyek több ponton érintik, érinthetik az addiktológiai ellátórendszert. A kormányrendelet főbb szabályozási területei a következők: a kapacitás-felosztás éves módosítása, eljárás a kapacitások tartós kihasználatlansága esetén, az ellátási terület módosítása, kapacitás-átadás a szomszédos régiók között, az átcsoportosítás szabályai, eljárás a finanszírozási, illetve szakmai eljárásrendek szerinti minőségi követelmények megszegése esetén valamint többletkapacitás-befogadási eljárás esetén³².

5.2. ELLÁTÓRENDSZEREK

Az egészségügyi ellátás szerkezete és működése

A drogbetegek kezelési, gondozási és rehabilitációs programjait az egészségügyi ellátórendszerben elsősorban a járóbeteg-szakellátás, a fekvőbeteg-ellátó osztályok valamint a rehabilitációs profilú ellátó egységek végzik.

Mind a járóbeteg-ellátásban, mind a fekvőbeteg-ellátásban súlyos szakemberhiány jellemző. Az egészségügyi tárca a hiányszakmák vonatkozásában az egyetemi keretszámok emelésével próbálta segíteni a szakemberek pótlását. Sajnos azonban a pszichiáterek, addiktológus szakorvosok és pszichiátriai szakdolgozók hiánya az egészségügy más

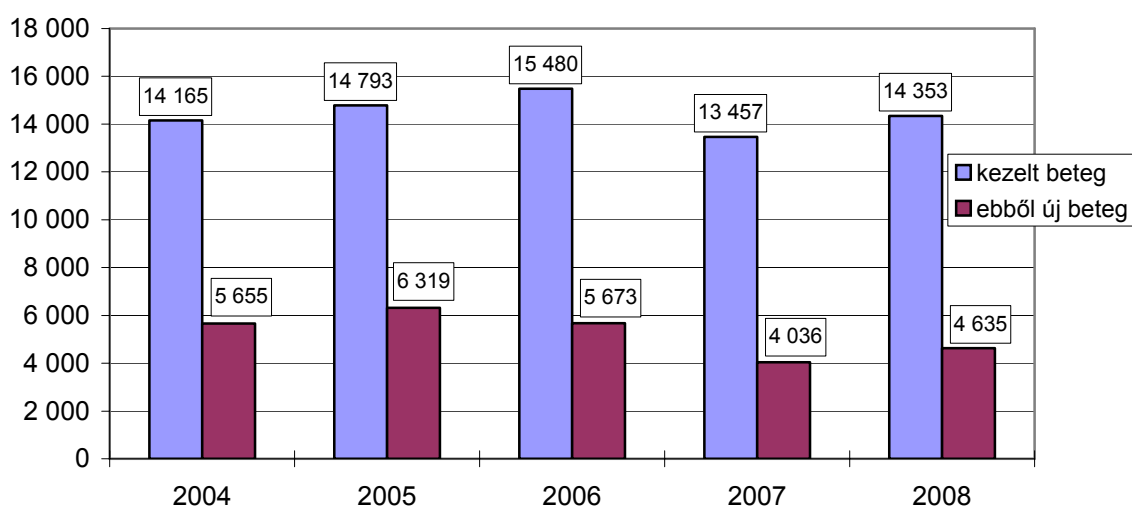
³¹ A fejezet szerzői: Egészségügyi Minisztérium, Grézló Orsolya, Koós Tamás, Péterfi Anna, Rácz József

³² Forrás: 337/2008. (XII. 30.) Korm. rendelet az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló 2006. évi CXXXII. törvény végrehajtásáról

területein is megfigyelhető elvándorlásnak köszönhetően továbbra is komoly probléma maradt. A tárca kiemelt juttatás biztosításával tervezi a kérdést megoldani.

A 2008. évi betegforgalmi adatok értelmezéséhez előre kell bocsátani, hogy a hagyományos értelemben vett kezelést végző ellátók körében a betegszám csökkent vagy stagnált, míg a toxikológiai ellátók közül egyedülként az OSAP jelentői körben szereplő Fővárosi Önkormányzat Péterfy Sándor utcai Kórház Klinikai Toxikológiai Osztályán 55%-kal nőtt. Emiatt az országos összesített adatok alakulását a toxikológiai osztály adatai mögött álló jelenség határozza meg, amit a főszámok értelmezésénél számításba kell venni. Különösen fontos itt megjegyeznünk a kezelt betegek számára gyakorolt hatását: az előző évben megfigyelt jelentős csökkenést, a toxikológiai osztályról érkező adatoknak köszönhetően növekedés követte. A toxikológiai osztályról érkező adatok nélkül azonban továbbra is a kezelt betegek számának csökkenését figyelhetjük meg.

14. ábra. Az egészségügyi ellátásban kezelt drogfogyasztók számának alakulása 2004-2008 között (fő)



Forrás: OSAP 1627, illetve EüM (ESzCsM) 1211. sz. jelentés

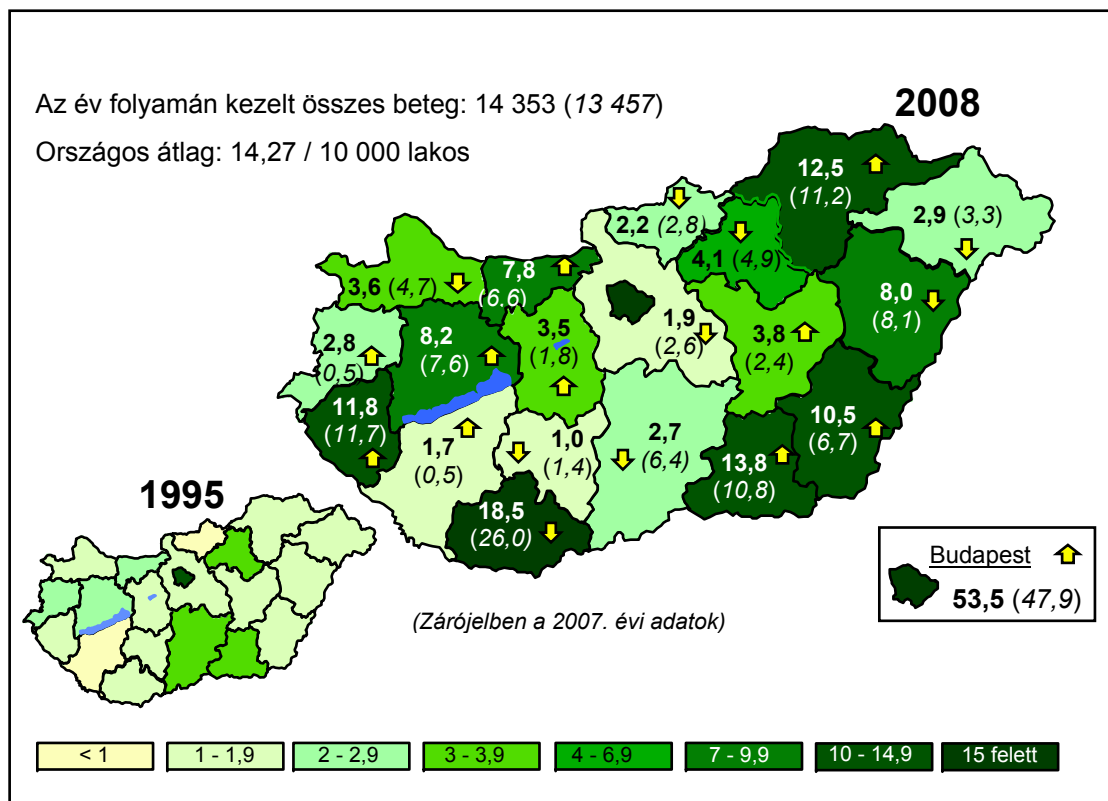
2008-ban 896 fővel (6,7%) nőtt a kezelt betegek száma az előző évhez képest, ezen belül 599 fővel (14,8%) nőtt az életükben először kezelt betegek száma. E két ellentétes irányú változás eredője, hogy a járóbeteg ellátásban összesen 1273 fővel kevesebb beteg jelent meg (14,5%), a pszichiátriai és addiktológiai osztályok forgalma 195 fővel nőtt (16,8%) a toxikológián pedig 1974 fővel (55,4%) több beteget láttak el³³. Ezen belül az először kezelt betegek körében is hasonló módon 387 fővel (12,9%) csökkent a járóbeteg ellátásban kezelt betegek száma, a fekvőbetegek száma érdemben nem változott, míg a toxikológián 984 fővel (129,3%) többet láttak el.

A területi megoszlásra vonatkozó adatok a jelenlegi egészségügyi drogstatistikában minden esetben a kezelő intézmények helyéhez kapcsolódnak. A betegek lakóhelyét a központi feldolgozásra továbbított adatok nem tartalmazzák. A járóbeteg ellátók közül a drogambulanciák a megyehatárokon túlról is sok beteget vesznek fel, mivel a kevésbé specializált ellátók tovább is küldik, ha erre van lehetőség. A bentlakásos rehabilitációs otthonok pedig egyáltalán nem területi szempontok alapján vesznek fel betegeket.

³³ A toxikológiai adatok részletesebb elemzése a 6.2. fejezetben.

Budapest kiemelkedő szerepe minden évben megfigyelhető volt, amióta a statisztikai adatgyűjtés létezik, ennek oka a több nagy forgalmú drogambulancia jelenléte, amelyek a Pest megyei és máshonnan érkező beteget is magukhoz vonzzák, ezzel az adott megye lakosságárányos mutatóját csökkentik, Budapestét növelik. 2008-ban Budapesten volt a legnagyobb betegszám növekedés, ami nagyrészt a budapesti toxikológiai osztály adataiból származik, a drogambulanciák betegszáma érdemben nem változott. A legnagyobb csökkenés Baranya megyében látható, ennek oka feltehetőleg az előző évben nagyobb számban jelentett megelőző-felvilágosító szolgáltatásban részt vevők száma, akiket valójában nem kell az OSAP statisztikában szerepeltetni. Ez a torzítás valószínűleg sok más szolgáltató adataiban is megjelent. A második legnagyobb csökkenés Bács-Kiskun megyében volt, ennek oka egyelőre nem ismert. A többi megyében kisebb mértékű változások figyelhetők meg, melyekben sem tendencia, sem nagyobb területi egységekre jellemző mintázat nem figyelhető meg.

1. térkép. A kezelésben részesült kábítószer-fogyasztók területi megoszlása 2008-ban



Forrás: OSAP 1627, illetve EüM (ESzCsM) 1211. sz. jelentés

A járóbeteg ellátásban a betegszám csökkenés nagy része az addiktológiai gondozókat érintette, ami összefüggést mutathat a finanszírozásban és az intézményrendszerben történő változásokkal (pl.: egészségügyi szolgáltatók megszüntetése). Ezzel a drogambulanciák részaránya a betegek ellátásában (a toxikológiai eseteket leszámítva) tovább nőtt. A pszichiátriai gondozók évek óta nagyon kis számú beteget jelentenek.

4. táblázat. Egészségügyi ellátásban kezelt drogfogyasztók megoszlása intézménytípusonként 2008-ban

Intézménytípus - 2008	Összes kezelt		Előzőből új betegek	
	száma	%	száma	%
Addiktológiai gondozók	1742	12,14	675	14,56
Drogambulanciák	5457	38,02	1852	40,00
Gyermek- és ifjúságpszichiátriai gondozók ³⁴	5	0,03	8	0,17
Pszichiátriai gondozók	268	1,87	75	1,62
Pszichiátriai és addiktológiai osztályok	1356	9,45	280	6,04
Egyéb (toxikológia)	5525	38,49	1745	37,65
Összesen	14 353	100,0	4 635	100,0

Forrás: OSAP 1627, illetve EüM (ESzCsM) 1211. sz. jelentés

Járóbeteg (ambuláns) ellátás

A szenvedélybetegek ellátását biztosító intézmények közül az utóbbi években a járóbeteg-ellátás területén történt a legdinamikusabb fejlődés, bár ez a leginkább kiépült ellátási szektor is meglehetősen heterogén képet mutat. Továbbra is jelentős egyenlőtlenségek figyelhetők meg a drogbetegek ellátását biztosító intézményrendszer hozzáférhetőségében – nincs minden megyében drogambulancia, nehézkes a szubsztitúciós kezelésekre elérése³⁵.

Az elmúlt évek tapasztalata alapján a drogbetegek járóbeteg-ellátása elsősorban a drogambulanciákon történt. Ez 2008-ban sem változott. A 2008. évi OSAP adatok szerint az összes kezelt 38%-át, az első kezelésben részesülő betegek 40%-át a drogambulanciák látták el (lásd a 4. táblázat adatait).

A járóbeteg-ellátás finanszírozási koncepciójának változásaként a gondozási tevékenység újraszabályozása volt az egyik leglényegesebb finanszírozási változás a 2007-es, 2008-as évben³⁶. A betegpopuláció sajátosságai miatt (nehéz kezelésbe vonhatóság, a kezelési folyamat nehezített fenntarthatósága) a bázis-finanszírozás (fix) jellegű finanszírozás átalakítása teljesítmény-alapúvá különösen érzékenyen érintette az addiktológiai ellátást.

Az egészségügyi szolgáltatók túlnyomó hányada közfinanszírozásban részesül, de az addiktológiai járóbeteg-ellátásban több olyan szolgáltató is van, amelyik – bár évek óta részt vesz az ellátásban – közfinanszírozott kapacitásokkal nem, vagy csak részben rendelkezik. Erre példa a fővárosban működő Soroksári Drogambulancia, mely 2008. végéig kizárólag pályázatokból és különböző támogatások segítségével biztosította az egészségügyi járóbeteg-ellátást.

Az addiktológiai betegellátásban, intézményi szinten nehezen választható szét a gondozói tevékenység és a szakrendelés keretében nyújtott szolgáltatás. Így például a drogambulanciák jelentős része a gondozói kasszából (is) kap finanszírozást, de tevékenységi körükben egyaránt megtalálhatók a szakrendelésekre jellemző és a klasszikus

³⁴ A gyermek- és ifjúságpszichiátriai adatok korrekciója már az adatbázis véglegesítése után érkezett a szolgáltatótól, így azok nem szerepelnek a használt adatsorokban. A korrigált adatokkal a gyermek- és ifjúságpszichiátriai adatok a következőképpen alakulnak: összes kezelt száma 10, az összes kezelt belüli arányuk 0,07%, ebből új beteg 8, az új betegeken belüli arány 0,17%.

³⁵ A szubsztitúciós kezelésekre alacsony hozzáférhetőségében a földrajzi lefedettség mellett szerepe van a kezeléshez kapcsolódó szakmai, ideológiai előítéleteknek.

³⁶ További részletek a 2008-as Éves Jelentés 5. fejezetében.

gondozási feladatok is. Különösen a drogambulanciák esetében a gondozási tevékenységnek gyakran részét képezik megkereső, a korai kezelést elősegítő tevékenységek is, ezek azonban – a droghasználó populáció sajátossága miatt – sok esetben nem különülnek el a gondozástól, és nem jelennek meg önálló tevékenységként.

A finanszírozási jogszabály-változások³⁷ hatására 2008-ban jelentős mértékben csökkentek a gondozói kasszából történt kifizetések.

A betegszám csökkenése és a fix-díj csökkenése együttesen az összfinanszírozás csökkenéséhez vezetett, amelyet az egy betegre jutó ellátási események száma sem tudott kompenzálni. A nemzeti szinten kifizetett összegek csökkenésének további oka lehet az egyes ellátó-egységek megszűnése is.

A drogbeteg ellátás szempontjából releváns kezelőhelyek kapacitás és betegforgalmi mutatói nagyon nehezen értékelhetők, mivel a drogbetegek ellátására specializálódott intézményhálózat jelenleg nem képez egységes szakmakód alatt nyilvántartott csoportot³⁸.

Az OEP 2008. évi adatai alapján a drogambulanciák (a szakmai lista alapján leválogatva), összesítve az alábbi kapacitásokkal működtek 2003 és 2008 között:

5. táblázat. *Drogambulanciák éves kapacitásának alakulása 2003-2008 között*

Időpont	Szakorvosi óra	Nem szakorvosi óra
2003. január	1150	1552
2004. január	1150	1582
2005. január	1150	1574
2006. január	882	1082
2007. január	877	1082
2008. január	827	1082
2008. június	707	962

Forrás: OEP

Az addiktológiai járóbeteg ellátók (melyek magukba foglalják a drogbeteg-ellátók mellett az alkohol és egyéb szenvedélybeteg-ellátókat is) 2007 áprilisában összesen 3605 szakorvosi óra és 1625 nem szakorvosi óra kapacitással látták el feladataikat. 2008 decemberére a szakorvosi óraszám 2882-re, a nem szakorvosi óraszám pedig 1279-re csökkent. Az addiktológiai járóbeteg ellátásra lekötött kapacitások tehát több mint 20%-kal csökkentek két év alatt.

Az ellátórendszer további stabilizálása érdekében a szaktárca kezdeményezésére, a szakterülettel történő szoros együttműködésben – 2008. október 1-től – sor került számos pszichiátriai és addiktológiai gondozói kód revíziójára, emellett emelkedett egyes eljárások pontszáma (a teljesítmény alapú finanszírozást megnövelve), mások törlésre kerültek, és újak lettek kialakítva, mely érezhető változást eredményezett a szakterületen.

Hosszabb távon az Egészségügyi Minisztérium a teljesítmény alapú finanszírozás alapjául szolgáló gondozói pontrendszer (beleértve a pszichiátria és az addiktológia területét is) költségkalkuláción alapuló átalakítását tűzte ki célul. Ennek keretében új eljárások befogadását, a meglévő eljárások pontszámának emelését, egyesek törlését tervezi. A szakterület erre vonatkozó javaslatait már elkészítette, így a folyamat elindult a kódkarbantartás irányába.

³⁷ Részletes leírásuk a 2008-as Éves Jelentés 5. fejezetében olvasható

³⁸ A 43-as alkoholológiai, 44-es drogbeteg-ellátási és 45-ös addiktológiai kódok egymás mellett élnek és fellelhető még 18-as pszichiátriai szakmakód is.

Tekintettel arra, hogy jelenleg a járóbeteg-ellátásban az egyes megyék közötti kapacitás-megoszlás meglehetősen egyenlőtlen képet mutat (lásd 1. térkép), a szaktárca az ellátórendszer fejlesztésénél elsősorban azoknak a megyéknek a fejlesztését értékelte támogathatónak a jövőben, ahol a járóbeteg-ellátási kapacitások az országos átlagtól jelentősen elmaradnak.

A fentiekhez kapcsolódik az Egészségügyi Minisztérium megelőző évben meghozott döntése is, mely szerint a tárca vezetése az OPNI-ban működő Drogmegelőzési Módszertani Központ és Ambulancia kapacitásainak (heti 226 szakorvosi és 226 nem szakorvosi óra) feladat-átadásáról döntött. A felsővezetői döntésnek megfelelően a rendelkezésre álló kapacitásokat a tárca feladat-átadási szerződéssel olyan, fővárosi és főváros közeli egészségügyi szolgáltatóknak adta át, akik jelenleg is részt vesznek az addiktológiai betegellátásban, de eddig nem, vagy csak nagyon kevés közfinanszírozott kapacitással rendelkeztek.

Szubsztitúciós kezelés

A 2007-ben szubsztitúciós kezelést nyújtó szolgáltatók sorába 2008 augusztusában egy újabb szolgáltató, az egri Markhot Ferenc Kórház és Rendelőintézet Addiktológiai Gondozó és Drogambulanciája is csatlakozott, ezzel javítva a szubsztitúciós kezelések hozzáférhetőségét a földrajzi lefedettség tekintetében.

2007 folyamán bővült a szubsztitúciós kezelés palettája azáltal, hogy lehetővé vált a buprenorfin-naloxon hazai alkalmazása. A készítmény 2008. október 1-től részesül társadalombiztosítási támogatásban is, és – a metadonnal szemben – drogambulanciákon, gondozóintézetekben és szakrendelőben egyaránt alkalmazható. A társadalombiztosítás 8 mg buprenorfin-naloxon napi dózist finanszíroz.

A szubsztitúciós kezelésben részesülő betegek száma összességében nem változott, a 2007-es 807 esethez képest, 2008-ban a szolgáltatók 802 esetet jelentettek. Változást a metadonos és a buprenorfin-naloxonos esetek megoszlásában tapasztalhatunk. Míg a metadon kezelésben részt vevő betegek 2007-ben az összes szubsztitúciós kezelésben részt vevők 96%-át tették ki (774 eset), addig 2008-ban ez az arány 85%-ra csökkent (683 eset), amivel párhuzamosan természetesen a buprenorfin-naloxon alkalmazásának aránya növekedett. A korábbi évekhez hasonlóan a havi betegszámban idén sem tapasztalható jelentős különbség az egyes hónapok között – a metadon és buprenorfin-naloxon kezelések összesített betegszáma havonta 507 és 536 fő között ingadozik.

2008-ban első ízben állnak rendelkezésünkre adatok a szubsztitúciós kezelésben részt vevők nemi megoszlásáról. A szubsztitúciós kezelésben részt vevő férfiak és nők³⁹ aránya (77:23) hasonló a 2008 folyamán egészségügyi ellátásban kezelt opiát-fogyasztók nemi megoszlásához (83:17)⁴⁰.

³⁹ ahol ismert a kezelt beteg neve

⁴⁰ Forrás: TDI 2008-as adatgyűjtés

6. táblázat. Metadon (met.) és buprenorfin-naloxon (b.n.) kezelésben résztvevők száma (fő) kezelőhelyek szerinti bontásban 2008-ban (N=802)

	Budapest Nyíró		Budapest Soroksár		Budapest Drogoplex		Eger		Gyula		Miskolc		Pécs		Szeged		Veszprém		Összesen	
	met.	b.n.	met.	b.n.	met.	b.n.	met.	b.n.	met.	b.n.	met.	b.n.	met.	b.n.	met.	b.n.	met.	b.n.	met.	b.n.
ferfi	251	56	71	5	28	-	7	-	24	11	57	-	11	14	67	6	11	-	527	92
nő	80	18	25	1	12	-	0	-	4	1	7	-	7	5	18	2	3	-	156	27
összesen	331	74	96	6	40	-	7	-	28	12	64	-	18	19	85	8	14	-	683	119

Forrás: Nyíró Gyula Kórház Drogambulancia

Elterelés

Az elmúlt évek adatai alapján a kezelőrendszerben, azon belül is a járóbeteg-ellátásban megjelenő kliensek száma és összetétele alapvetően a Büntető törvénykönyv és a büntető-igazságszolgáltatás aktivitásától meghatározott (Rácz 2009).

Az egészségügyi tárca az Országos Tisztiorvosi Hivatal, illetve az ÁNTSZ Regionális Intézeteinek bevonásával 2008-ban felülvizsgálta az előzetes állapotfelmérést, illetve a kezelést, ellátást nyújtó intézmények jegyzékét. E jegyzék az elterelésről szóló jogszabályban foglaltaknak megfelelően három havonta kerül közzétételre.

Fekvőbeteg-szakellátás

A drogbetegek fekvőbeteg-ellátása továbbra is elsősorban pszichiátriai osztályokon, a pszichiátriai osztályok addiktológiai részlegein, addiktológiai osztályokon és a drogterápiás intézetekben történik.

2007. április 1-től az Eftv. 1. és 2. számú melléklete határozza meg a közfinanszírozható aktív és krónikus típusú (ezen belül a rehabilitációs) kapacitások normatíváit. A 2007. évi kapacitás-adatokhoz képest lényeges változás nem történt.

Az OEP 2008. decemberi szerződés állománya szerint, összesen 987 addiktológiai ágy volt az országban (beleszámítva a pszichiátriai szakmakóddal, de szövegesen addiktológiára nevesített ellátókat is). Ezek megoszlása 194 aktív ágy és 793 krónikus (rehabilitációs) ágy.

A krónikus ágyakból a bentlakásos drogterápiás ágyak száma 2008-ban 268 volt. Az előző évhez viszonyított kapacitáscsökkenés egyetlen intézet, a Szegedi Drogcentrumhoz tartozó rehabilitációs otthon megszűnéséből ered, amely 2007-ben 34%-os ágykihasználtsággal működött.

7. táblázat. A drogterápiás ágyak száma 2006-2008 között

Krónikus ágy 2006 december	Krónikus ágy 2007 április	Krónikus ágy 2008 június
244	280	268

Forrás: Egészségügyi Minisztérium / OEP

Az addiktológiai fekvőbeteg kapacitás területi egyenlőtlenségéről főként az aktív ellátásban beszélhetünk, három régióban egyáltalán nincs nevesített addiktológiai ágy. Ezekben a régiókban pszichiátriai ágyakon valósul meg az aktív ellátás.

Az addiktológiai, illetve a pszichiátriai ellátórendszer 2008. évi ágykihasználtságát vizsgálva az látható, hogy az addiktológiai aktív ellátásban 90,0%-os, az addiktológiai krónikus ellátásban 85,8%-os volt az ágykihasználtság, míg a pszichiátriai aktív ellátásban 81,6%-os, és a krónikus ellátásban 81,8% (EüM 2009).

Ifjúság-addiktológia

A 18 év alatti problémás szerhasználók, szenvedélybeteg fiatalok száma fokozatosan növekszik, ellátásuk jelenleg főként a felnőtt addiktológiai, kisebb részben a gyermekpszichiátriai szakrendeléseken, gondozókban történik. A gyermekpszichiátriai, -addiktológiai kapacitásokban a 2007. évről 2008. évre történő növekedés a gyermek-addiktológiai kapacitások budapesti növekedéséből adódik. A többi, elhanyagolható mértékű változás országos szinten kiegyenlítette egymást (EüM 2009).

2008-ban az Országos Szakfelügyeleti Módszertani Központ (OSZMK) részeként működő Országos Addiktológiai Centrum (OAC) közreműködése mellett elkészült egy modellprogram szakmai koncepciója a gyermek-addiktológiai ellátás fejlesztése érdekében. A feladat szerepel az OAC 2009. második félévi munkatervében is, melynek keretében konkrét javaslatok kerülnek megfogalmazásra a gyermekpszichiátriai, -addiktológiai ellátás javítására.

Szakmai felügyelet, minőségbiztosítás

Az államháztartás hatékony működését elősegítő szervezeti átalakításokról és az azokat megalapozó intézkedésekről szóló 2118/2006. (VI. 30.) Korm. határozat folyományaként 2008. május 31-i hatállyal az Országos Addiktológiai Intézet (OAI), mint részben önállóan gazdálkodó költségvetési szerv jogutódlással megszűnt. A döntés szerint, az OAI módszertani, adatgyűjtési, monitoring és kutatási feladatai az OSZMK szervezetébe tartozó, de önálló szervezeti egységként működő OAC feladatkörében kerültek biztosításra, míg az OAI egészségügyi szolgáltatási feladatait (addiktológiai gondozás) az Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet (OORI) vette át. 2008-ban az OSZMK/OAC elkészítette feladattervét, melyet az egészségügyi miniszter is jóváhagyott. A döntést megelőzően, az OAI koordinációja alá tartozó, de külön telephellyel rendelkező és járóbeteg szakellátási feladatokat ellátó hat TÁMASZ gondozó (Területi Általános Megelőző Addiktológiai Szakellátás) száma háromra csökkent. Az OAI megszüntetéséről szóló miniszteri döntés szerint az alacsony betegforgalmat mutató gondozók feladatai és szakemberei integrálásra kerültek a nagyobb betegforgalmat mutató gondozókhoz, így a gondozói tevékenység biztosítása a továbbiakban egygondozós modell formájában⁴¹, és az eddiginél alacsonyabb kapacitással történik. (A döntés szerint a kapacitás heti 1494 órától heti 360 órára csökkent).

⁴¹ Budapest, X. kerület Liget utcai telephelyen

Az illegális szerfogyasztáshoz kapcsolódóan az egyes személyazonosításra alkalmatlan ágazati (egészségügyi, szakmai) adatok körének meghatározására, gyűjtésére, feldolgozására vonatkozó részletes szabályokról szóló 76/2004 (VIII.19.) ESzCsM-rendelet alapján az OAC végzi az ún. Kezelési Igény Indikátor (TDI) és a 1211-es számú („régí OSAP”) adatgyűjtések megvalósítását. Az OAC megerősített minőségbiztosítási rendszerének köszönhetően a 2008-as OSAP adatok megbízhatóbbak lettek az (eltereléshez kapcsolódó) állapotfelmérések és megelőző-felvilágosító szolgáltatások okozta ismétlődések hatékonyabb csökkentése, kiszűrése által.

2008 decemberében elkészült a szakmai kollégiumokról szóló 52/2008. (XII.31.) EüM rendelet, mely a Pszichiátriai Szakmai Kollégium mellett lehetőséget biztosított egy önálló addiktológiai szakmai kollégium létrehozására is. A jogszabály szerint a kollégium az egészségügyi miniszter javaslattevő, véleményező és tanácsadó szakmai testületként működik.

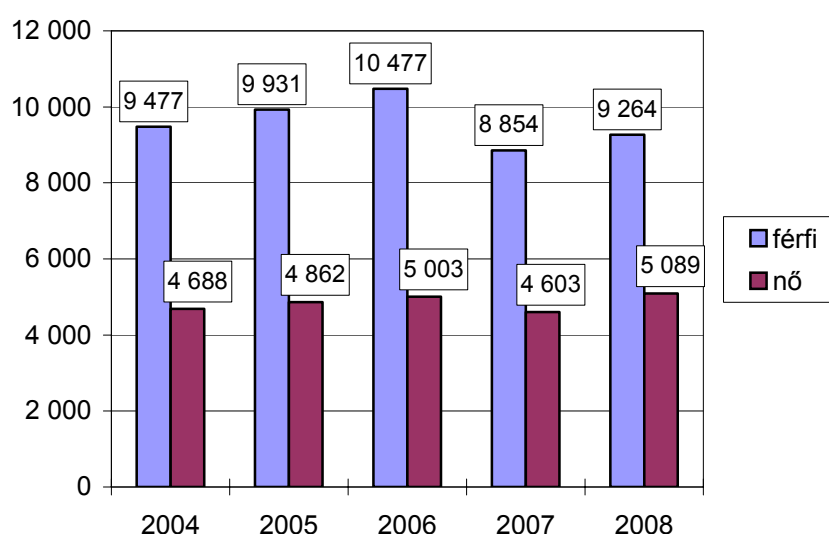
5.3. A KEZELT BETEGEK JELLEMZŐI

Az OSAP adatok alapján

Nemek szerinti megoszlás

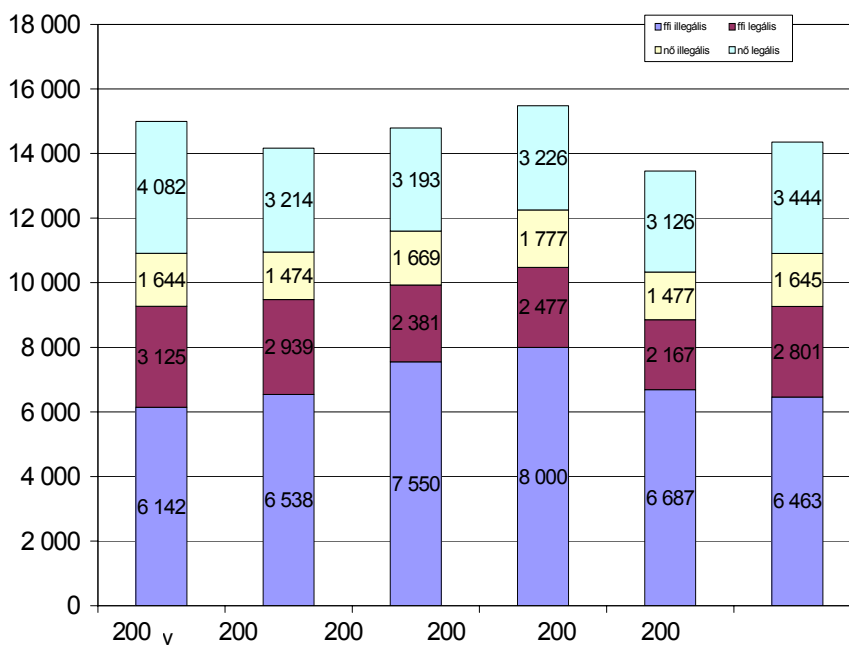
A kezelésben részesült kábítószer fogyasztók között a férfiak és a nők aránya hosszú idő óta stabilan 65%-35% körüli, ez minden változás ellenére 2008-ban is megmaradt. Mivel az országos betegszám egyrészt a kezelésben lévők csökkenéséből, másrészt a budapesti toxikológiai osztály által jelentett esetek nagyarányú növekedéséből tevődik össze, ahol a nemek aránya hasonló, így következtethetünk arra is, hogy az eltűnt betegek többsége is férfi. Az első alkalommal kezelésbe kerülők körében a férfi túlsúly 73-74% volt az elmúlt években, 2008-ban 67%-ra mérséklődött. A nők arányának változásával általában együtt jár a rájuk jellemzőbb nyugtató és altató fogyasztás arányában bekövetkező változás is, 2008-ban például nőtt a nyugtatók csoport részaránya, és a nemek közti arány a nők felé tolódott az első kezelésben részesültek körében.

15. ábra. A kezelt drogfogyasztók nemek szerinti megoszlása 2004-2008 között (fő)



Forrás: OSAP 1627, illetve EüM (ESzCsM) 1211. sz. jelentése

16. ábra. A kezelt drogfogyasztók megoszlása nemek és legális és illegális szerek szerinti bontásban 2003-2008 között (fő)

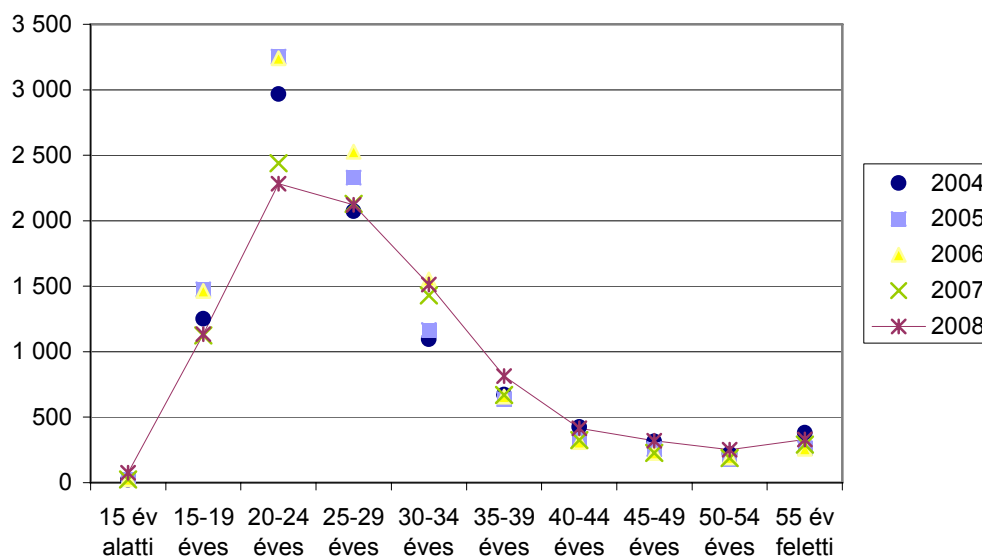


Forrás: OSAP 1627, illetve EüM (ESzCsM) 1211. sz. jelentése

Életkor szerinti megoszlás

A férfiak és nők életkori megoszlása sajátos, évenként hasonló, de nemenként különböző tendenciát mutat. Az ábrákon a 2008. évi adatsort kiemeljük a mintázat érzékeltetésére, bár az életkori csoportok természetesen nem folyamatos, hanem kategorizált változóként szerepelnek. A férfiak körében minden évben a 20-24 évesek közül kerül ki a legtöbb kezelt beteg, de 2008-ban éppen csökkenés figyelhető meg, miközben minden más életkori kategóriában nőtt a betegszám. A 15 év alattiak száma a 2007. évhez képest megháromszorozódott, 25 főről 76 főre ugrott.

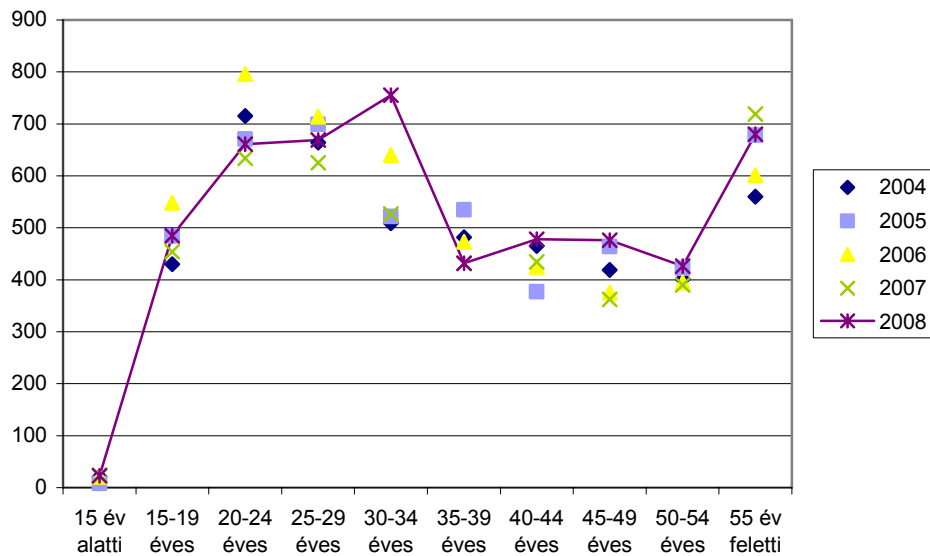
17. ábra. Életkori megoszlás a kezelt drogfogyasztó férfiak körében 2003-2008 között (fő)



Forrás: OSAP 1627, illetve EüM (ESzCsM) 1211. sz. jelentése

A nők között sokáig szintén a 20-24 évesek voltak legtöbben, 2008-ban viszont jelentősen megnőtt a 30-34 évesek száma, a változás az előző évi 43%-a. Szintén jelentősen nőtt a 45-49 évesek száma, 31%-kal. A többi életkori csoportnál kis mértékű növekedés és csökkenés egyaránt előfordul.

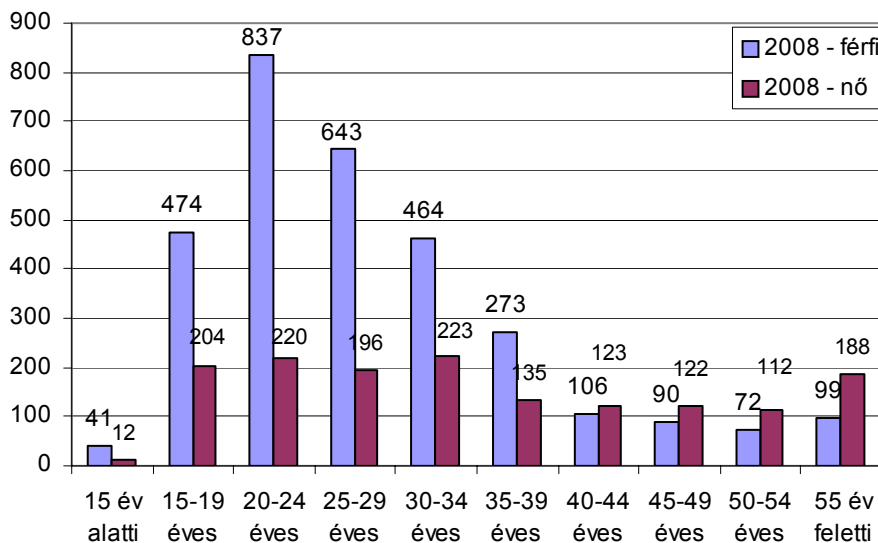
18. ábra. *Életkori megoszlás a kezelt drogfogyasztó nők körében 2004-2008 között (fő)*



Forrás: OSAP 1627, illetve EüM (ESzCsM) 1211. sz. jelentése

A nők körében jelentős a kezelésben megjelenő 40 év felettek aránya is, míg a férfiaknál ezekben a korcsoportokban nagyságrendekkel kevesebben vannak. A középkorú nők döntő többsége nyugtatók, altatók fogyasztásával összefüggésben jelenik meg a kezelésben (köztük vannak minden bizonnyal a szándékos önmérgezettek is, míg a férfiak az öngyilkossági módszerekben is különböznek a nőktől). A férfiak körében ezek a szerek kevésbé preferáltak, de még a legális szereket fogyasztókon belül sem a középkorúak aránya magas, hanem a 25-34 év közötti fiatal felnőtteké.

19. ábra. Életkori megoszlás az első kezelésben részesült drogfogyasztók körében 2008-ban (fő) (N=4498)

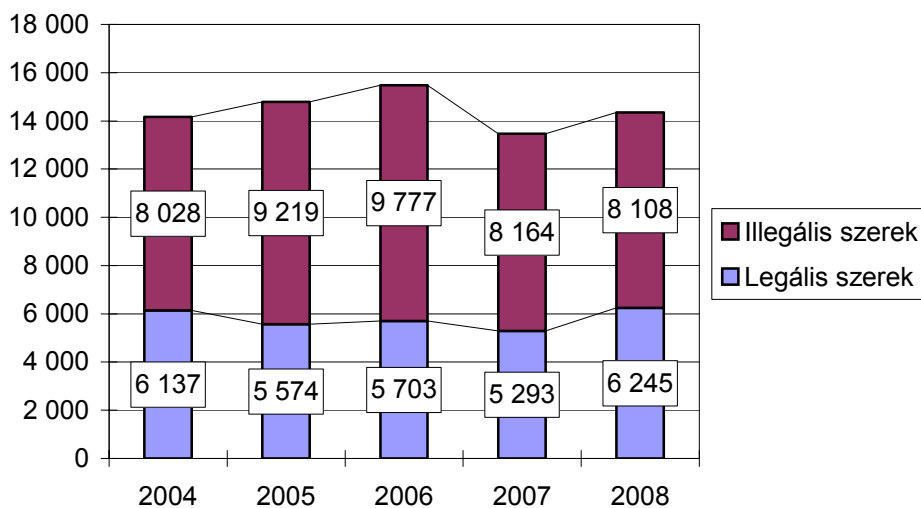


Forrás: OSAP 1627, illetve EüM (ESzCsM) 1211. sz. jelentése

Szertípus szerinti megoszlás

A kezelésben részesült drogfogyasztók körében hosszú idő alatt a legális szereket használók aránya fokozatosan csökkent az illegális szerek elterjedése és az egészségügyi kezelési igény növekedése miatt. Az illegális szerek miatt kezelték aránya 2003-ban megközelítette az 50%-ot, 2006-ra 63% fölé emelkedett, az elmúlt két évben azonban lecsökkent, 2007-ben 60,7%, míg 2008-ban 56,5% volt.

20. ábra. Kezelt drogfogyasztók megoszlása legális/illegális szerek alapján 2004-2008 között (fő)



Forrás: OSAP 1627, illetve EüM (ESzCsM) 1211. sz. jelentése

Az opiát-használók aránya a kezelték körében érdemben nem változott, az előző évihez hasonlóan 16,9%, számuk 2003 óta 2000 és 2500 fő között mozog, kisebb évenkénti ingadozásokkal. Évek óta a harmadik leggyakoribb szertípus, az illegális szerek között csak a kannabisz származékok gyakoribbak.

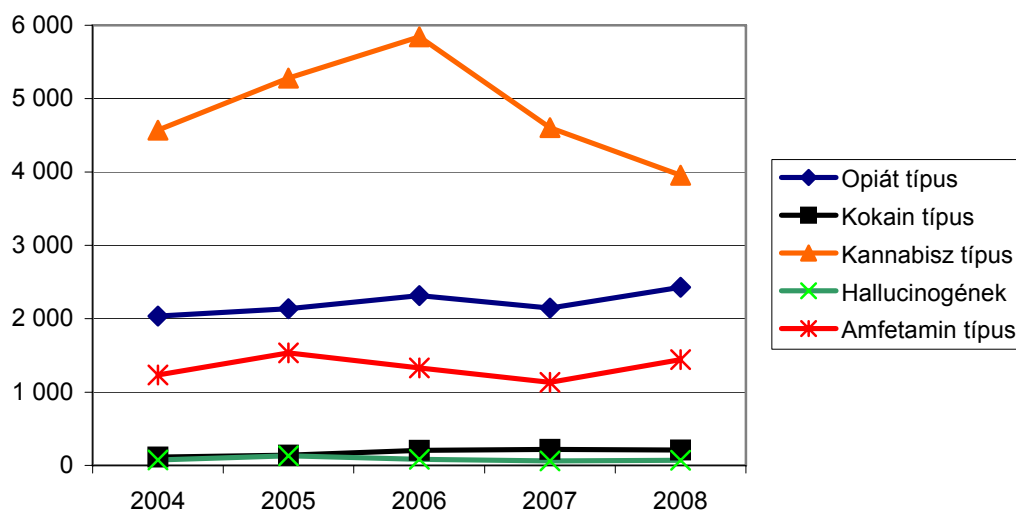
A kannabisz származékokat fogyasztók aránya 2002-től 2006-ig évről évre jelentősen nőtt, ez a tendencia azonban 2007-ben megfordult, és a csökkenés 2008-ban is folytatódott. A 2006. évi több mint 5800 kezelt száma 2008-ra 4000 fő alá csökkent, ezáltal a tavalyi évhez képest a betegszám 14%-kal csökkent. A kannabisz származékok részaránya a többi szertípushoz képest 27,6% a kezelt betegek körében, így ez a második leggyakoribb szertípus. A kannabisz fogyasztók erőteljes túlsúlya az elterelés által kezelésbe vont fogyasztói körre jellemző, valószínűsíthető, hogy a korábbi években kezelt betegként jelentett esetek között voltak egészségügyi ellátást nem igénylő, megelőző-felvilágosító szolgáltatásban részesülők is. A hozzáférési probléma szempontjából kedvező, hogy az opiát-fogyasztók körében nem látszik a kezelésbe kerülők számának csökkenése, vagyis a szűkülő kapacitásokat a betegbb populáció ellátása mellett az enyhébb esetek csökkenő száma követi.

A kezelt kokain-fogyasztók száma mindig alacsony volt, 2008-ban valamivel több mint 200 fő, részarányuk az összes kezelt betegre vetítve 1,5%.

Az amfetamin típusú szerek fogyasztása miatt kezelt betegek számának korábban tapasztalt növekedése 1999-ben megállt, és 2002-ig folyamatosan csökkent. 2003 óta az 1100-1500 fős sávban ingadozik, részaránya 2008-ban 10%.

A hallucinogének fogyasztása miatt kezelt betegek száma a korábbi évekhez hasonlóan 2008-ban is 100 fő alatti, részarányuk 0,5%.

21. ábra. Illegális szerek fogyasztása miatt kezelt betegek száma 2004-2008 között (fő)



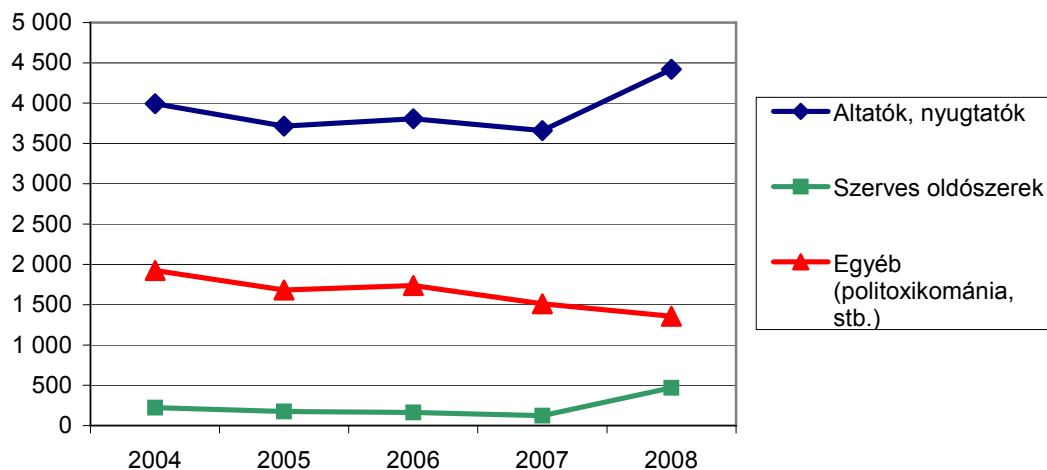
Forrás: OSAP 1627, illetve EüM (ESzCsM) 1211. sz. jelentése

A nyugtatók és altatók fogyasztása miatt kezelt betegek száma 2008-ban 4420 fő volt, ez 21%-os növekedés az előző évhez képest. A 763 fős növekedés a toxikológiai osztályon ellátott nyugtató túladagolás miatt kezelt betegek 774 fős növekedéséből, és a többi kezelőhelyen nyugtató fogyasztás miatt kezelt kliens kis mértékű csökkenéséből tevődik össze. Ezzel 2008-ban ez vált a leggyakoribb szertípussá a kezelt betegek körében, a betegek 30,8%-át teszik ki a nyugtató fogyasztás miatt kezelt betegek.

A politoxikománia (nyugtatók, altatók fogyasztása alkohollal) miatt kezelt betegek száma az elmúlt 5 év átlagában lényegében csökkenő tendenciát jelez. 2008-ban mintegy 1300 főt kezelték, a szertípus szerinti részarány 9,5%.

A szerves oldószerek használata miatt kezelték száma 2003 óta folyamatosan csökkent, 2007-ben számuk 125 volt, a legnagyobb arányú növekedés itt jelenik meg 2008-ban, csaknem háromszorosára nőtt a betegszám. A toxikológia betegszám növekedése ennek a kiugró változásnak csak 1/3 részét teszi ki.

22. ábra. Legális szerek fogyasztása miatt kezelt betegek száma 2003-2008 között (fő)



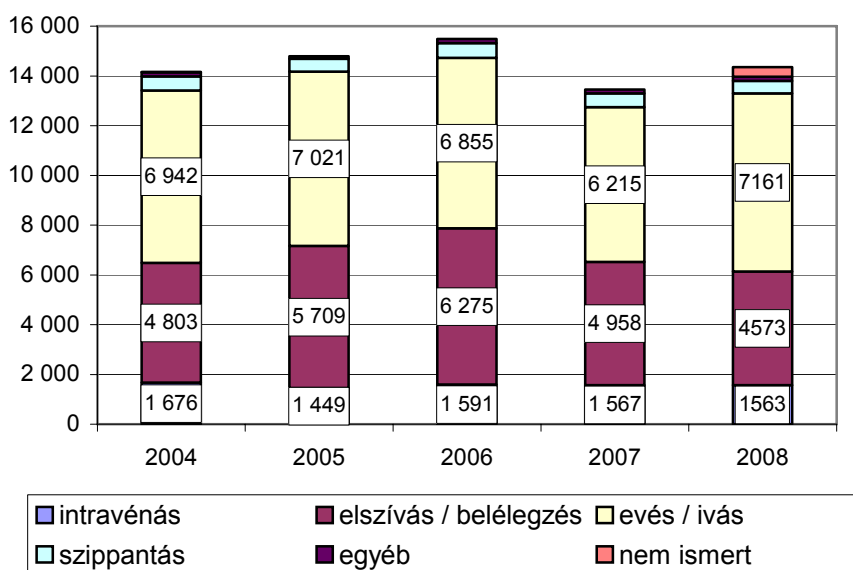
Forrás: OSAP 1627, illetve EüM (ESzCsM) 1211. sz. jelentése

Fogyasztás módja szerinti megoszlás

A 2008-as évben a korábbiaknál magasabb volt azok száma, akikről a szervezetbe juttatás módját nem jelentették a kezelőhelyek, 389 fő, az összes beteg 2,7%-a. Emiatt a fogyasztás módjában bekövetkezett kisebb változások nem értékelhetők. Ennél a nagyságrendnél jelentősebb változás, mintegy 940 fős növekedés csak a szájon át történő fogyasztásnál figyelhető meg. Ez az előző évhez képest 15%-os növekedést mutat, és a növekmény az összes beteghez viszonyítva is jelentős. Ez valószínűleg a nyugtatók és altatók használatával összefüggésben kezelésbe kerültek számának növekedésével függ össze. Továbbá ezt az adatot a kezelőhelyek a csak szájon át szedett gyógyszerek esetében akkor is be tudják írni, ha a rendelkezésükre álló adatforrás hiányos.

Az intravénás droghasználók száma, illetve az intravénás beviteli mód aránya a heroin- és az amfetamin-fogyasztók esetében az előző évhez képest lényegesen nem változott.

23. ábra. A kezelt betegek megoszlása a drogfogyasztás módja szerint 2004-2008 között (fő)

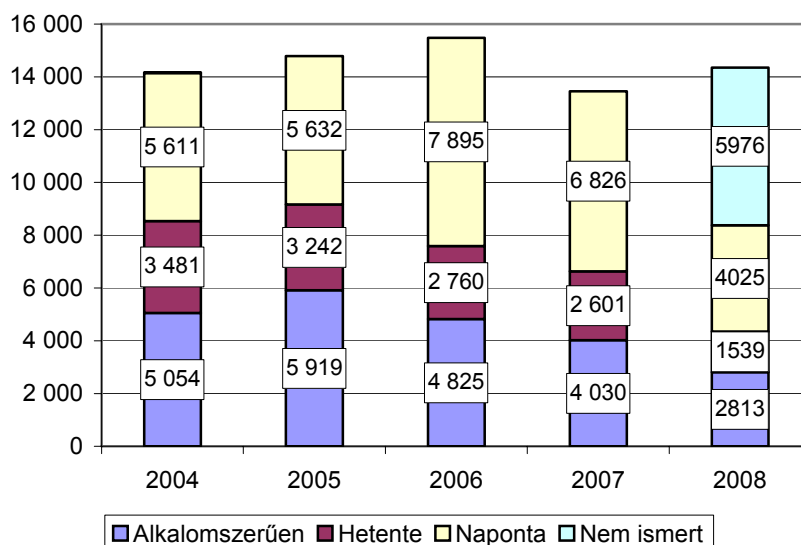


Forrás: OSAP 1627, illetve EüM (ESzCsM) 1211. sz. jelentése

Fogyasztás gyakorisága szerinti megoszlás

A fogyasztás gyakoriságára nézve a 2008. évi betegszám 42%-áról nincs adat. Az adathiány oka, hogy a toxikológiai osztály egyetlen betegéről sem adta meg a fogyasztás gyakoriságára vonatkozó adatot. Ennek oka egyelőre nem ismert, a 2007-es évről szóló statisztikában minden beteget besoroltak a gyakorisági kategóriákba. Régóta vitatott kérdés, hogy a toxikológiai ellátás során fel lehet-e venni ezt az adatot, és van-e értelme. Mindaddig nem sikerült tisztázni, hogy a betegek közül hányan tekinthetők problémás droghasználóknak, és hányan öngyilkossági szándékkal egyszeri túladagolás miatt bekerülőknek (főleg a legális szerekkel mérgezetek esetében). Az adatgyűjtés a korábbi években teljes körűsége törekedett, nem volt elfogadható egyes részadatok hiánya, így valószínűsíthető, hogy az adatgazdák akkor is éltek valamilyen becsléssel, ha pontos adat nem állt rendelkezésre. Emiatt jelenleg az időbeli változások nem értékelhetők.

24. ábra. A kezelt betegek megoszlása a drogfogyasztás gyakorisága szerint 2004-2008 között (fő)

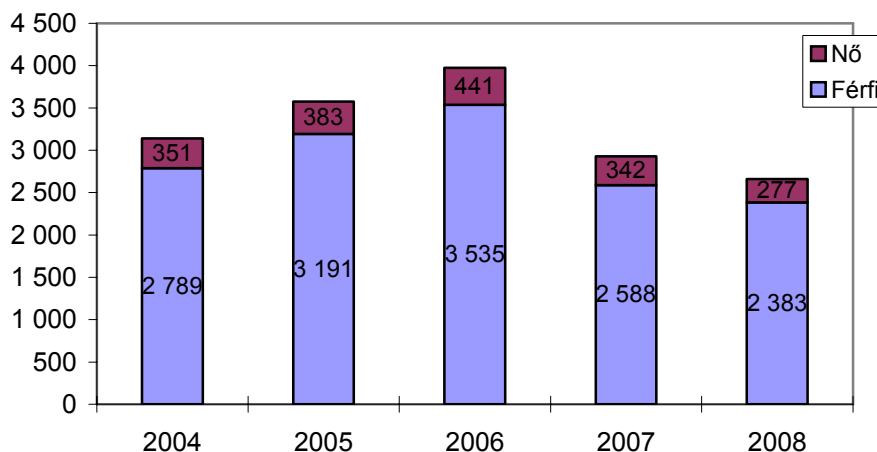


Forrás: OSAP 1627, illetve EüM (ESzCsM) 1211. sz. jelentése

A büntetőeljárás alternatívájaként kezelték számának alakulása

A büntetőeljárás alternatívájaként kezelésbe vont szerhasználók (eltereltek) száma 2003-2006 között évről évre nőtt, 2007-ben mintegy 25%-kal csökkent, majd 2008-ban további 9%-kal.

25. ábra. Büntetőeljárás alternatívájaként kezelt betegek száma 2004-2008 között (fő)

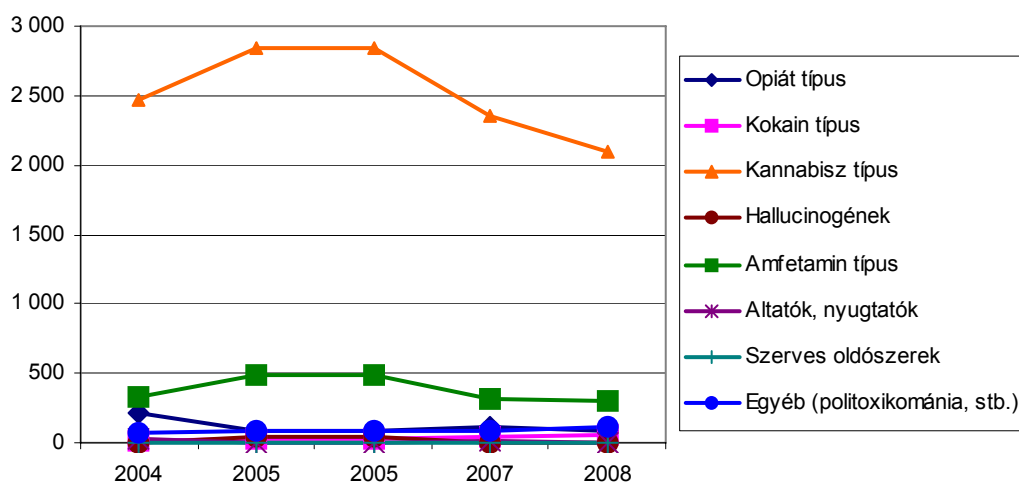


Forrás: OSAP 1627, illetve EüM (ESzCsM) 1211. sz. jelentése

Az eltereltek körében a nők aránya 10-11% között mozgott az elmúlt években, ebben 2008-ban sem történt változás.

Az eltereltek szer típus szerinti megoszlásában tovább csökkent a kannabisz-fogyasztók száma, és nőtt a kokain-használóké.

26. ábra. Büntetőeljárás alternatívájaként kezelték száma kábítószer fajták szerint 2004-2008 között (fő)



Forrás: OSAP 1627, illetve EüM (ESzCsM) 1211. sz. jelentése

A kannabisz részaránya a csökkenő tendencia mellett is 80% körüli az elterelték között, ami azzal függ össze, hogy a rendőrség bűnüldöző tevékenysége nyomán ez a populáció kerül nagy számban a büntetőeljárás alternatívájaként kezelésbe. A csökkenés pedig azzal függ össze, hogy a szolgáltatók a korábbi évek téves gyakorlata után jobban elkülönítik a statisztikában a csak megelőző-felvilágosító szolgáltatásban részt vevő klienseket, akik nem betegek, kezelést nem igényelnek. Összességében 9%-kal csökkent az elterelték száma a 2007-es évhez képest.

A Kezelési Igény Indikátor (TDI) alapján

A TDI-rendszerbe jelentő kezelőhelyek

A TDI-adatgyűjtési rendszerbe jelentésre kötelezettek köre lényegesen bővebb, mint a régebb óta fennálló és működő, a 76/2004 (VIII.19.) rendelet 1211 nyilvántartási számú „Jelentés a kábítószer-fogyasztókról és kezelésükről” (szakmai körökben gyakran használt néven „régis OSAP”) jelentése által meghatározott részt vevő szervezetek köre.

Új, illegális szerfogyasztás miatt kezelt betegről 2007-ben 100 ellátóhely, 2008-ban ennél kevesebb, 93 ellátóhely vitt fel TDI-adatlapot. Ennek a csökkenésnek megítélésünk szerint az elsődleges oka az ellátóhelyek számának csökkenése, ideértve elsődlegesen az OPNI és az OAI 2008 folyamán bezárt ellátóegységeit, valamint a vidéken tevékenységüket felfüggesztő addiktológiai gondozókat.

A TDI-rendszerbe jelentett kliensek jellemzői – nem elterelt kliensek

A kezelést megkezdőket két csoportra osztjuk, elsősorban azért, mert az elterelés megelőző-felvilágosító szolgáltatásába kerülnek – amely szolgáltatás az elterelték nagy részét fogadja – a többi kienstől eltérő csoportot képeznek. A megelőző-felvilágosító szolgáltatás olyan határterületi szolgáltatás, amely tartalmilag megfelel a TDI-rendszer kezelés definíciójának, Magyarországon azonban a szolgáltatási spektrumban leginkább a magas kockázatú csoportok javallott prevenciók szolgáltatásaihoz áll közel, és egyértelműen nem egészségügyi szolgáltatásnak tekintendő.

A fejezet e részében a nem-elterelt kliensek jellemzőit tárgyaljuk meg, a TDI-kérdőív „Beutalás eredete” kérdésére a 7. lehetőséget (bíróság, rendőrség, igazságszolgáltatás) megadó eseteket kizártuk ebből a nemzeti statisztikából, őket e fejezet egy későbbi részében vizsgáljuk.

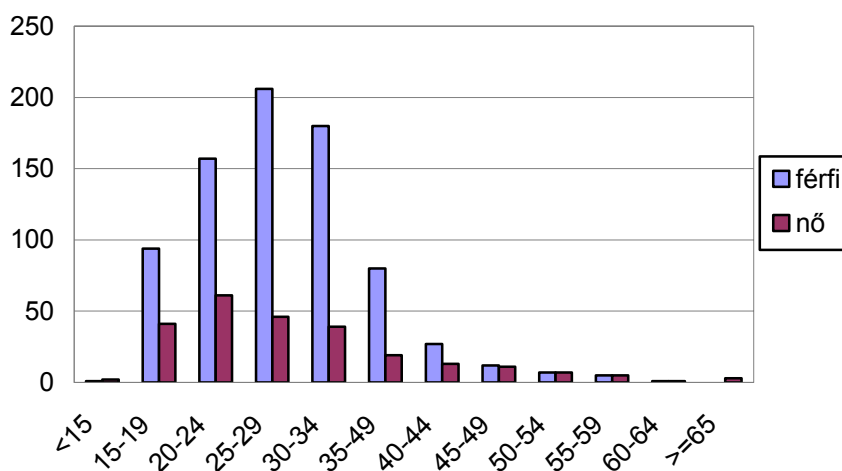
A jelentések alapján 1032 esetet (770 férfi és 248 nő, 14 esetben nem jelezték a kliens nemét) jelentettek új esetként a szolgáltatók. A tavalyi évhez képest ez valamelyest csökkenést mutat, a tavalyi 1185-nél 153 fővel kevesebb (13%). A csökkenés oka lehet a már korábban említett ellátóhely-szám csökkenés.

A kezelést megkezdők közül 522 fő (az összes kezelést megkezdő 51%-a) már állt korábban kezelés alatt illegális szerfogyasztás miatt, 396 fő (az összes kezelést megkezdő 38%-a) pedig életében először jelentkezett kezelésbe. Viszonylag magas a „nem ismert” válasz e változó esetében, 11%-ra tehető (114 fő az 1032-ből). Ezek az adatok belső arányukat tekintve hasonlóak a megelőző év adataihoz.

A kezelőhelyek bontásában a járóbeteg-ellátók jelentik a legtöbb esetet 56%-ot (583 főt), ezt követik a fekvőbeteg-intézmények 21%-kal (219 fővel), az alacsonyküszöbű ellátók 6%-kal (63 fővel). Házi orvos nem jelentett kezelésbe lépést, a büntetés-végrehajtás intézményei pedig csupán elterelést jelentettek a 2008-as év során.

A kezelést megkezdők 55%-a (az első alkalommal kezelésbe lépők 57%-a) saját kezdeményezésére lépett kezelési programba, nagyjából hasonló arányban, mint a megelőző évben. A második leggyakoribb ok a család/közvetlen környezet nyomása, javaslata (az összes kezelésbe lépő 12%-a, és az életükben első alkalommal kezelésbe lépők 18%-a).

27. ábra. Életkori megoszlás a kezelésbe lépők körében 2008-ban (fő) (N=1018)



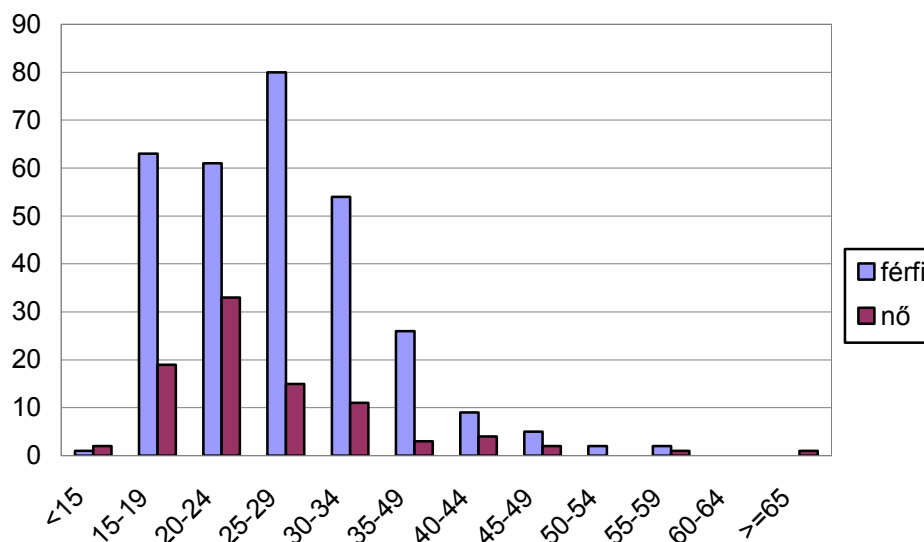
Forrás: OAC 2009

2008-ban a kezelést kezdő férfiak 50%-a (386 fő) a 25-34 éves korcsoporthoz tartozott, míg 2007-ben a 20-29 évesek tették ki az összes kezelésbe lépő férfi 50%-át (467 fő). A kezelést kezdő férfiak átlagéletkora így a 2007-ben megfigyelt 27,9 évről 2008-ra 28,2 évre emelkedett.

Az életükben első alkalommal kezelésbe lépők esetében a fiatalabbak nagyobb arányt tesznek ki, az összes kezelésbe lépőhöz képest. A nőknél a 15-24 évesek több mint az 50%-át adják az összes kezelést megkezdőnek. A férfiaknál ez az arány alacsonyabb (41%), itt az idősebb korcsoport nagyobb súllyal jelenik meg, és ez jelentős változás 2007-hez

viszonyítva. Az első alkalommal kezelésbe lépők átlagéletkora 29,5 évről (2007) 27,4 évre (2008) csökkent a nők esetében, míg a férfiaknál 25,7 évről (2007) 26,7 évre (2008) növekedett.

28. ábra. *Életkori megoszlás az első alkalommal kezelésbe lépő nem eltereltek körében 2008-ban (fő) (N=394)*



Forrás: OAC 2009

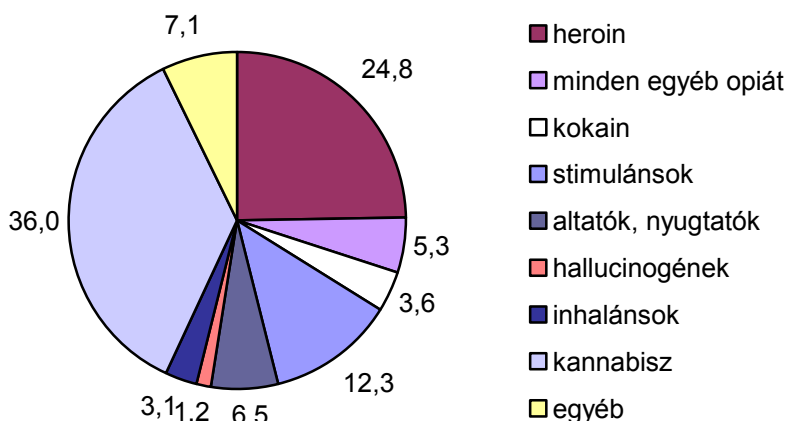
Az összes kezelést kezdő 47%-a él a szüleivel (a férfiak 51%-a és a nők 37%-a), az életükben első alkalommal kezelésben lévők esetében ez az arány 53%.

A kezelésbe lépők 82%-ánál nevezhetőek stabilnak a lakhatási körülmények, az első alkalommal kezelésbe lépőknél ez 88%. A megelőző évhez képest ez jelzett (kis mértékű), de érzékelhető csökkenést mutat (4% ill. 1%), ami összefüggésben állhat a kezelésbe lépők korának növekedésével.

A kezelésbe lépők 47%-a rendelkezik rendszeres munkával, vagy tanulói státuszban van (2007-ben ez 55% volt), és 36%-uk munkanélküli. Ez jelentős növekedésnek mondható a 2007. évi 26%-nyi munkanélkülihez viszonyítva, ami egybevág a rendezett munkaügyi státuszúak arányának csökkenésével. Az életükben első alkalommal kezelésbe lépők körében rendezettnak mondható munkaügyi státusza (dolgozik vagy tanul) kliensek 59%-ának van (2007-ben 67%), és munkanélküli 29% (2007-ben 20%). Itt is ugyanaz a tendencia figyelhető meg, vagyis csökkenő arányban vannak jelen az első alkalommal kezelésbe lépők körében a rendszeresen dolgozók vagy tanulók, és jelentősen nőtt a munkanélküliek arányszáma.

A kezelésbe lépő összes kezelt (korábban már volt kezelésben + első kezeléseik együtt) férfi között a leggyakoribb kezelést indokló, elsődleges szer a kannabisz (az esetek 36%-ában, ez alacsonyabb arány, mint 2007-ben, akkor 42% volt). Az opiátok miatt kezelésbe lépők számaránya 30%, ezen esetek 84%-a heroin-használat következtében. Ezek a betegek idősebbek, mint a kannabisz-használók, a leggyakoribb a 25-29 éves és a 30-34 éves korcsoportban a kezelésbe lépés. A megelőző évihez képest változatlan a stimuláns-használat miatt kezelésbe kerültek aránya (12,3%, szemben a 2007. évi 12,0%-kal), és ennek túlnyomó részét (86%-át) az amfetamin-használók adják.

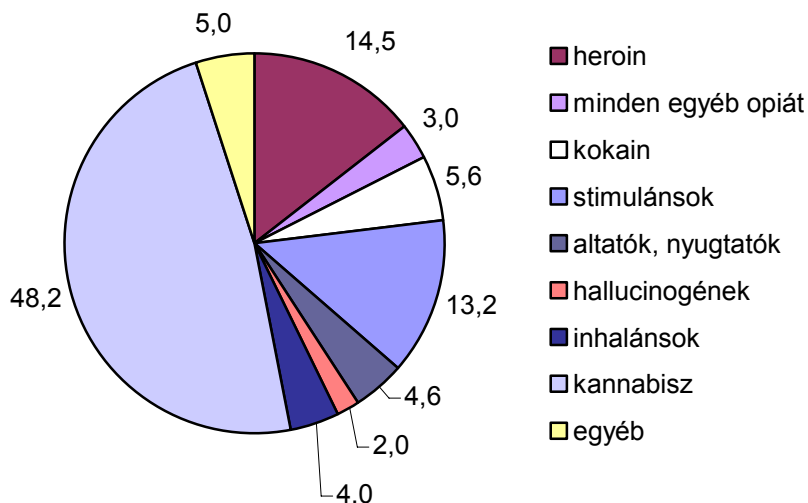
29. ábra. Elsődleges szer az összes kezelésbe lépő férfi körében 2008-ban (%) (N=770)



Forrás: OAC 2009

Az életükben első alkalommal kezelésbe kerülő férfiak körében a kannabisz-fogyasztás miatti kezelésbe vétel magasabb arányú, mint az összes kezelt körében, a kliensek közel felét (48%) ez a csoport adja. F fiatal beteg-csoportról van szó, a legmagasabb arányban a 15-19 éves korcsoport jelenik meg kezelésben. A következő leggyakoribb kezelési indok az opiát-fogyasztás (17,5%), ezen belül is a heroin-használat (14,5%), amelyhez hasonló arányt mutat (13,2%) a stimuláns-fogyasztás miatti kezelésbe lépés, szintén hasonlóan a megelőző évben észleltekhez. A kokain-fogyasztók aránya az életükben első alkalommal kezelésbe kerülő férfiak körében 3,2%-ról (2007) 5,0%-ra (2008) növekedett.

30. ábra. Elsődleges szer az életükben első alkalommal kezelésbe lépő férfiak körében 2008-ban (%) (N=303)

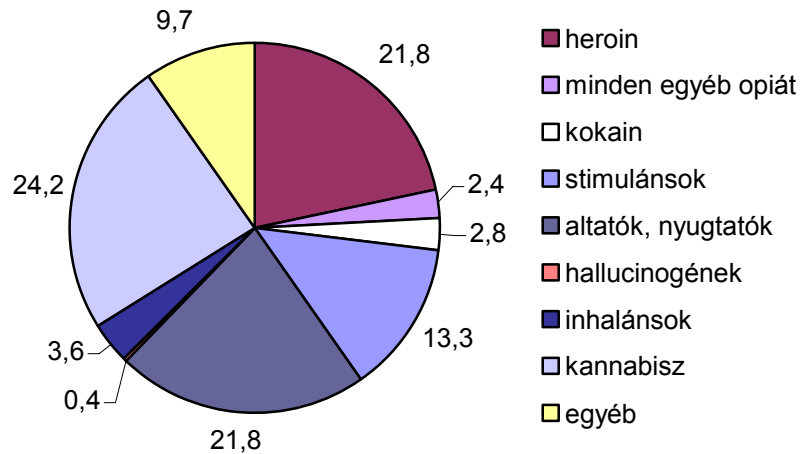


Forrás: OAC 2009

A kezelésbe lépő összes nő között a vezető szer a kannabisz 24,2%-kal (legmagasabb arányban itt is a 15-19 éves korcsoport képviselteti magát) és az opiátok szintén 24,2%-kal (ezen belül a heroin, mint elsődleges szer az opiátos esetek 90,0%-ban). 21,8%-kal van jelen az altatók, nyugtatók csoportja a kezelési indokok között a nők körében, mely

alacsonyabb, mint a megelőző évi 28%. A stimulánsok fogyasztása miatti kezelésbe vétel 13,3%-kal a 2007. évihez (15,7%) hasonló arányt mutat.

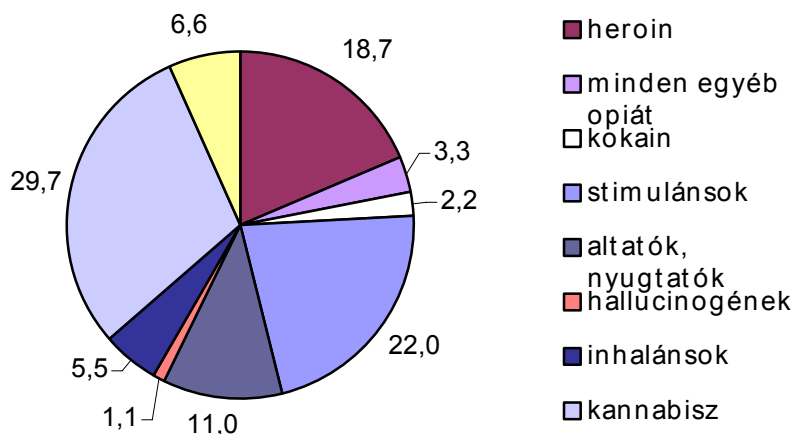
31. ábra. Elsődleges szer az összes kezelésbe lépő nő körében 2008-ban (%) (N=248)



Forrás: OAC 2009

Az életében első alkalommal kezelést kezdő nők között a vezető szer a kannabisz 29,7%-kal, mely arány a megelőző évihez képest csökkenést mutat. Nőtt az opiát-fogyasztás miatti kezelésbe lépők számaránya (összesen 22%), utolérve a stimuláns-használat miatti kezelésbe lépést (22%) és megelőzve az altatók, nyugtatók miatti kezelési igény megjelenését (11%). E kategóriában is érzékelhetővé vált az inhalánsok használata miatti kezelésbe vétel, meghaladva az összes eset 5%-át.

32. ábra. Elsődleges szer az életükben első alkalommal kezelésbe lépő nők körében 2008-ban (%) (N=91)



Forrás: OAC 2009

A szerek beviteli módjánál figyelemre méltó, hogy az összes kezelt férfi csoportban a heroin-használók 81%-a injekciót, de 19% (36 fő) más beviteli utat választ. Az első alkalommal kezelésbe kerülő heroin-használó férfiak esetében az arány gyakorlatilag ugyanez. Az

amfetamin-használó összes kezelt férfi 37%-a injektló, az első alkalommal kezelésbe kerülő férfiaknál közel ugyanez az arány (38%), vagyis a megelőző évben megfigyelt jelenség továbbra is észlelhető: az amfetamin-használat miatt kezelést kezdők jelentős hányada (több mint 1/3-a) intravénás használó.

Az amfetamin-használat miatt kezelésbe lépők nők körében az intravénás használók aránya még ennél is magasabb mindkét kategóriában (44, ill. 43%), ami az alacsony esetszám miatt korlátozottan értékelhető. A heroin-használat miatt kezelést kezdő nők körében is jelen van az intravénástól eltérő beviteli utat választók csoportja (19% az összes kezelt nő körében).

A kezelést megkezdő heroin-használó, összes kezelt férfi több mint 80%-a intenzifikált szerhasználatot mutat (napi, vagy heti többszöri), az első alkalommal kezelésbe lépők közt ez az arány jelzetten magasabb, 84%. A heroin-használó összes kezelt nők 78%-a intenzív szerhasználó, az először kezelésbe kerülő heroin-fogyasztó nők 88%-a használ hetente többször vagy naponta heroint.

Az amfetamin-használó férfiak (összes kezelt) 60%-a (50 fő) használ hetente többször vagy akár naponta amfetamint, az első alkalommal kezelésbe vontaknál ez 53%. Az amfetamin-használó nők körében az intenzív használók aránya 44%, az első alkalommal kezelésbe lépőknél 56%.

Intenzív szerhasználati mintázat jellemzi az altató, nyugtató fogyasztása miatt kezelésbe kerülő férfiakat (összes kezelt férfi 88%-a, első kezelt férfi 93%-a), és nőket is. Esetükben az összes kezelést kezdő 93%-a heti többszöri vagy napi használó, az életében első alkalommal kezelt altatót, nyugtatót használó nők 9/10-e szintén intenzív használó.

A kannabisz-használat miatt kezelésbe lépő, összes kezelt férfi 47%-a rendszeres, gyakori használó, az először kezeltéknél az ezen csoportba tartozók aránya 43%. A kezelésbe kerülő férfiak kevesebb mint 1/3-a tartja magát alkalmi használónak.

Nőknél a heti többszöri vagy napi kannabisz-használók számaránya 42%, az első alkalommal kezelésbe lépők esetében 37%.

Összehasonlítva a 2007. év adataival, az tapasztalható, hogy a rendszeresen, vagy akár naponta használó szerfogyasztók aránya jelzetten, de minden szertípusnál növekedett a férfiak és nők esetében is.

A szerhasználat megkezdésének időpontja kiemelten fontos mozzanat a későbbi problémássá válás szempontjából. A kezelésbe lépő összes kezelt férfinál a heroin-használók 51%-a, az első alkalommal kezelt heroin-használók 41%-a fiatal korban (19 évesen vagy korábban) kezdte a szerhasználatot.

Amfetamin-használóknál a korai szerhasználat 64%-ot tesz ki az összes kezelt körében és 65% az első alkalommal kezelésbe lépők közt.

A kannabisz-fogyasztás miatt kezelést kezdő (összes kezelés) férfiak körében 80% kezdte a szerhasználatot 19 évesen vagy korábban, az első kezeltéknél gyakorlatilag ugyanez az arány tapasztalható.

A legmagasabb arányban a kezelésbe kerülő inhaláns-használó férfiak kezdik fiatal korban a szerhasználatot (92%-uk 19 éves kora előtt kezdi a szerhasználatot).

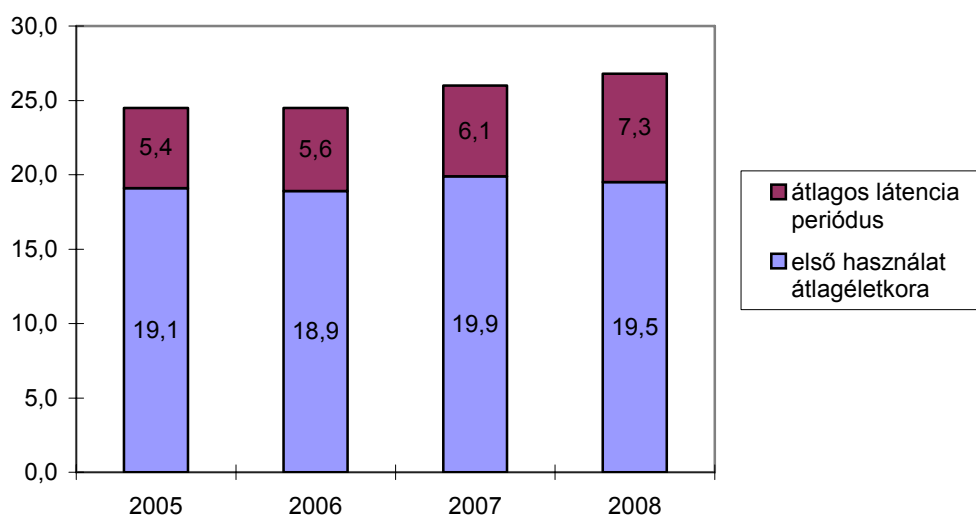
A szerhasználat kezdete a kezelésbe lépő nőknél: a heroin-használó összes kezelt nő 61%-a 19 éves kora előtt kezdte el a szer fogyasztását, az első alkalommal kezelték 71%-a fiatal kora óta használ heroint. Ezek magasabb arányok, mint a férfiak esetében.

Az amfetamin-fogyasztás miatt kezelést kezdő nők körében a 19 éves kor vagy az előtt kezdődő szerfogyasztás az összes kezelésbe lépő 70%-ánál, ill. az első alkalommal kezelték 75%-ánál észlelhető. Ezek az arányok is meghaladják a férfiaknál észlelteket.

Ezzel ellentétben a kannabisz-fogyasztás miatt kezelést kezdők esetében a korai kezdet a férfiakra jellemzőbb, a 19. életév előtt szerfogyasztást kezdők a férfiaknál kissé magasabb arányban vannak jelen, mint a nőknél.

Az elsőként kezelésbe lépő nem eltereltek⁴² körében megfigyelhető a tendencia, miszerint a kezelésbe lépés (ami esetükben az első kezelésbe lépés) időpontja egyre inkább kitolódik az első szerhasználathoz⁴³ viszonyítva, vagyis növekszik a látencia periódus⁴⁴.

33. ábra. Az életében először kezelésbe lépő nem elterelt betegek átlagéletkora az első szerhasználat⁴⁵ időpontjában, valamint az első szerhasználat és az első kezelésbe lépés között eltelt idő átlaga 2005-2008 között (év)



Forrás: OAC 2009

Az összes eset látencia periódusának alakulására hatással vannak a leggyakoribb elsődleges szerek (kannabisz összes, stimulánsok összes, opiátok összes) szerhasználati mintázatai.

Szerenkénti bontásban vizsgálva az első kezelésre jelentkezés és az első szerhasználat életkorának alakulását, a kannabisz esetében mindkét esemény fiatalabb korra tehető, míg az opiátoknál jellemzően idősebb korban kezdik a szerhasználatot, és a kezelésbe lépés is idősebb korban történik, mint az összes szerre vonatkoztatott átlag. A stimuláns-használók az összes szerre számított átlag körül mozognak.

⁴² Az elterelt eseteket itt azért nem vizsgáljuk, mivel esetükben a kezelésbe lépés nem önkéntes alapon történik, vagyis nem feltétlenül a szerhasználat miatt kialakult problémák miatt kerülnek kapcsolatba az ellátórendszerrel.

⁴³ Az „életkor az elsődleges kábítószer az első használatkor” kérdésre adott válaszokat fenntartással kell kezelnünk. Az egyik értelmezési probléma velük kapcsolatban, hogy nem minden esetben az elsődleges szer első fogyasztásának idejét, hanem általában véve az első illegális szerhasználatot értik alatta. A másik, ugyancsak értelmezési probléma, hogy nem az első kipróbálást, hanem a rendszeres szerhasználat kezdetét jelölik meg vele. Ugyanakkor azt is érdemes megjegyeznünk, hogy a retrospektív becslések jellemzően pontatlanok, kiváltképp ha hosszabb időintervallumra tekintenek vissza – akárcsak ebben az esetben.

⁴⁴ A látencia időtartama az első drogfogyasztás és a kezelésben való első megjelenés közti időszakot jelöli. (Forrás: EMCDDA PDU Guidelines Incidence)

⁴⁵ Mely az elsődleges szer első használatát jelöli.

Mindhárom kábítószer csoport esetében megfigyelhető, hogy az első szerhasználat átlagéletkora és az első kezelésbe lépés átlagéletkora a vizsgált négy év viszonylatában növekszik.

8. táblázat. Az életükben először kezelésbe lépő nem eltereltek átlagéletkora a kezelés és az első szerhasználat időpontjában, valamint az első szerhasználat és a kezelésbe lépés között eltelt idő átlaga 2005-2008 között (év)

	2005			2006			2007			2008		
	átlagéletkor	első használat átlagéletkora	átlagos látencia periódus	átlagéletkor	első használat átlagéletkora	átlagos látencia periódus	átlagéletkor	első használat átlagéletkora	átlagos látencia periódus	átlagéletkor	első használat átlagéletkora	átlagos látencia periódus
összes	24,5 (N=737)	19,1	5,4	24,5 (N=772)	18,9	5,6	26,0 (N=516)	19,9	6,1	26,8 (N=413)	19,5	7,3
kannabisz	22,8 (N=483)	17,9	4,9	22,0 (N=468)	17,3	4,7	22,9 (N=262)	17,7	5,2	23,9 (N=191)	17,6	6,3
stimulánsok	24,4 (N=124)	20,0	4,4	23,2 (N=96)	18,2	5,0	24,7 (N=83)	19,3	5,3	26,9 (N=61)	18,9	8,0
opiátok	28,1 (N=42)	21,1	7,0	28,1 (N=94)	21,5	6,7	27,9 (N=69)	20,7	7,2	30,6 (N=76)	22,7	7,9

Forrás: OAC 2009

A másodlagos szerfogyasztás keresztátláit egyesítve kezeljük, az elsődleges szerek mellett csak a leggyakoribb másodlagos szereket bemutatva (itt százalékos arányt azért nem érdemes megadni, mert egy esethez egynél több másodlagos szert is bejelölhetnek az adatszolgáltatók).

A heroin-használók körében a leggyakrabban használt másodlagos szer a kannabisz (61 említés), ezt követi az alkohol (54 említés) és a stimulánsok közül az amfetamin (34 említés). Meglepően alacsony az altatók, nyugtatók említése másodlagos szerként, ez lehet adatfelvételi probléma következménye is, a szolgáltatók nem kérdezik rá, vagy esetleg nem jelölik be e szereket a másodlagosak közt. Jelen van a másodlagos szerek között a metadon, egyéb opiátok és a kokain is (ez utóbbi 13 említéssel).

Az amfetamint elsődleges szerként használók körében is a leggyakoribb másodlagos szer a kannabisz (45 említés), ezt az alkohol követi, mint problémát okozó másodlagos szer (27 említés), valamint az MDMA és származékai.

Az altatót és nyugtatót használók körében az alkohol 45 említéssel a leggyakoribb második szer, hasonló a helyzet az inhalánsok esetében is, itt azonban a kannabisz, mint második szer az alkoholhoz mérhető említési számmal van jelen.

A kannabisz-fogyasztás miatt kezelésbe lépők körében kiugróan magas említéssel a stimulánsok állnak másodlagos szerként az első helyen (abból is az amfetamin), ugyanakkor viszonylag gyakran említik az alkoholt és a kokaint is a szerfogyasztók.

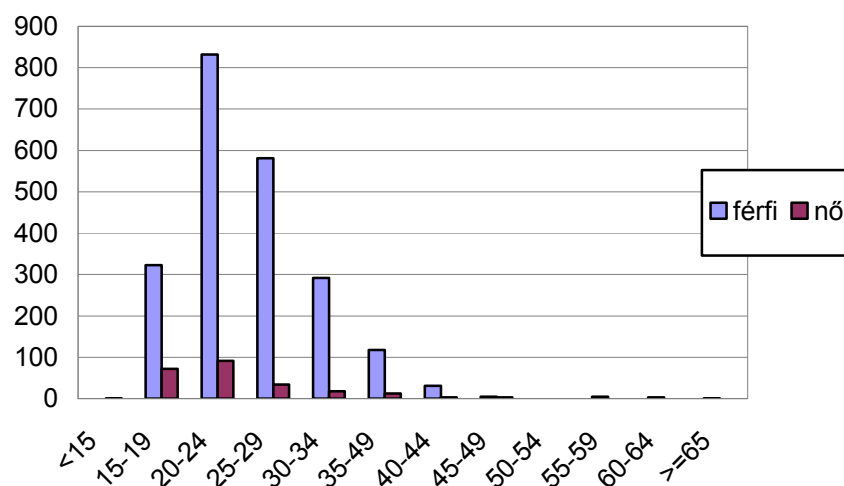
A TDI-rendszerbe jelentett kliensek jellemzői – elterelt kliensek

Az elterelt kliensek (leválogatás: beutalás eredete – bíróság, feltételes szabadlábra helyezés, rendőrség) körébe nemcsak egészségügyi szolgáltatást igénybe vevő kliensek kerülnek be. A TDI-rendszer létrehozásakor történt konszenzus alapján az elterelés ún. megelőző-felvilágosító szolgáltatásában lévő eseteket is jelentik a megelőző-felvilágosító szolgáltatók az elterelés egészségügyi szolgáltatásaiban lévő kliensek mellett.

2008-ban összesen 2452 klienst jelentettek a szolgáltatók, 2191 férfit (89%) és 234 nőt (10%). 27 esetben nem vitték fel az adatszolgáltatók a kliens nemét.

A férfiak esetében a 2191 esetből 1580 (72%) volt életében első alkalommal kezelésben, a nőknél 186 fő (79%). Viszonylag magas volt azoknak az aránya, akiknél nem vitték fel ezt a paramétert, ami adatszolgáltatási problémának tekinthető. A kezelést kezdők közül mindkét nemnél a 20-24 éves korcsoport aránya a legmagasabb, ez a populáció fiatalabb, mint a más okból kezelésbe lépőké. Ugyanakkor az elterelték között is viszonylag magas az aránya a 25-29 éves korcsoportnak, valamint a fiatalabbaknak (15-19 évesek).

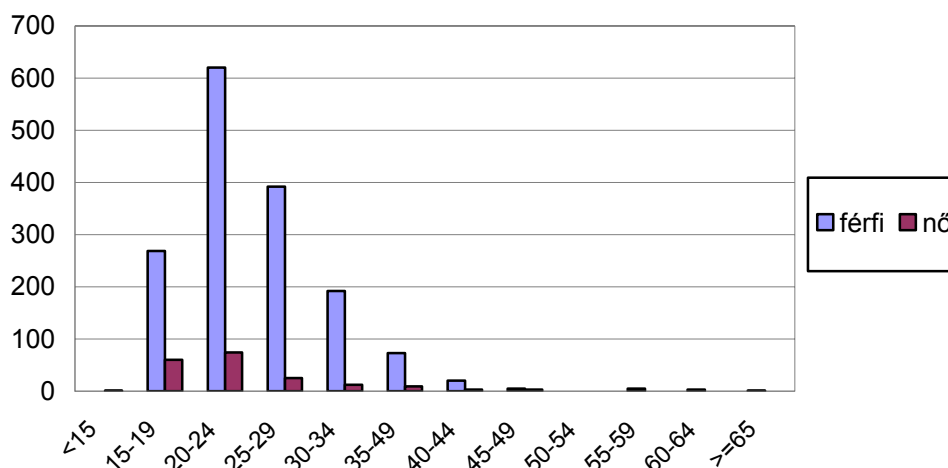
34. ábra. *Életkori megoszlás a kezelésbe lépő elterelt drogfogyasztók körében - nemek szerinti bontásban 2008-ban (fő) (N=2453)*



Forrás: OAC 2009

Az életükben először kezelésbe lépő elterelték kormegoszlása hasonló az összes kezelésbe lépőéhez, ami nem meglepő, mert a kliensek kb. $\frac{3}{4}$ -ét az első kezelték adják.

35. ábra. *Életkori megoszlás az életükben először kezelésbe lépő elterelt drogfogyasztók körében - nemek szerinti bontásban 2008-ban (fő) (N=1772)*



Forrás: OAC 2009

Az eltereltek 61%-a a szüleivel él, a nők körében ez az arány alacsonyabb. Az életükben első alkalommal kezelt eltereltek 64%-a él szüleivel, az életükben első alkalommal kezelésben lévő elterelt nők 56%-ára igaz ez.

Az elterelésben lévők túlnyomó (90%) részének stabilak a lakhatási körülményei, akár az összes kezeltről, akár az első alkalommal kezeltékről van szó.

Az elterelésben lévők 43%-a rendelkezik munkahellyel, 24%-uk tanul, 20%-uk munkanélküli. E csoportban is növekedett a munkanélküliek aránya a megelőző évhez képest. Az életében először kezelésbe lépők 43%-ának van munkahelye, 28%-uk tanul, és 18%-uk munkanélküli.

Az eltereltek 42%-a általános iskolai végzettséggel rendelkezik, jóval magasabb arányban, mint kor megoszlásuk alapján várható volna, azaz az alapfokú végzettségűek relatíve magasabb arányban reprezentáltak körükben.

Az elsődleges szerek közül a kannabisz a leggyakoribb szer, az összes kezelt, elterelt férfi körében az esetek 82%-ban a kannabisz az elsődleges szer. 11%-ban stimulánsot használnak és egy kis részük opiát- (jellemzően heroin) fogyasztó (84 fő). Az látható, hogy a stimulánsokat (döntően amfetamint) és opiátokat (döntően heroint) használó elterelt férfi kezelték legalább egy korcsoporttal idősebbek, mint a kannabisz-fogyasztók.

Az összes kezelt, elterelésben lévő nőnek 73%-a kannabisz-fogyasztó (jóval alacsonyabb arányban, mint a férfiaknál), 20%-uk stimuláns-használó és csekély számú (összesen 4fő) opiát-fogyasztó van köztük. Az életében először kezelésben lévő, elterelt nőknek 74%-a kannabisz-fogyasztó, 21%-a stimulánsot (elsősorban amfetamint) használ.

A használat módját az eltereltek körében a kannabisz-dominancia határozza meg. Intravénás használat alacsony arányban fordul elő körükben, bár az összes kezelt amfetamin-használó férfi elterelt 22%-a intravénás kábítószer-használó. Az opiát-használók lényegében intravénás heroin-használók, azonban az ő körükben is jelen van egy csoport (20%-nyi), akik alternatív beviteli utat használnak (elszívás/belégzés).

A női eltereltek körében gyakorlatilag nincs intravénás szerhasználó (3-3 fő heroin, ill. amfetamin-fogyasztó).

Az elterelésben lévő összes kezelt kannabisz-használó férfi 20%-a intenzív szerhasználó (napi vagy heti többszöri), ugyanígy a stimuláns-használók 20%-a intenzív használó, a heroin-használóknál ez az arány jóval magasabb, 44%. Az életében először kezelésbe lépő, férfi, összes kezelt, kannabisz-fogyasztó eltereltek 16%-a intenzív szerhasználó, az amfetamin-használók 17%-a intenzív fogyasztó, míg a heroin-használók között 29% az arányuk.

Az elterelésbe kerülő nők között minden szertípus esetében jóval alacsonyabb az intenzív használók aránya, mint a férfiaknál.

Az elterelésbe lépő összes kezelt kannabisz-használó közül 59% (1160 fő) csupán alkalmi fogyasztó.

Az illegális szerfogyasztás megkezdésének időpontja az eltereltek között, a más okból kezelésbe lépőkéhez viszonyítva hasonlóan mondható. A kannabisz-fogyasztó, összes kezelt, elterelt férfiak 72%-a 19 évesen vagy korábban kezdett el illegális szert használni, az amfetamin-használók 55%-a, a heroin-használók 58%-a kezdte 19 évesnél fiatalabb korban a szerhasználatot.

Az első alkalommal kezelésbe lépő férfi elterelt kannabisz-fogyasztók 70%-a volt korai használó, és lényegében az összes kezeltéhez hasonlóak arányok figyelhetőek meg az első alkalommal kezelt eltereltek között.

Az elterelésben lévők másodlagos szerfogyasztási mintázata nem tér el lényegesen a más okból kezelésben lévőkétől. Az opiát-fogyasztók körében itt a leggyakrabban említett másodlagos szer az amfetamin (28 említés), ezt követi a kannabisz (26 említés), továbbá megjelent a kokain is, mint másodlagos szer.

A stimuláns-használók körében a legkedveltebb másodlagos szer a kannabisz, de az egyéb stimulánsok (MDMA) és az alkohol is gyakori második szer. Ennél a csoportnál is érzékelhető a kokain megjelenése.

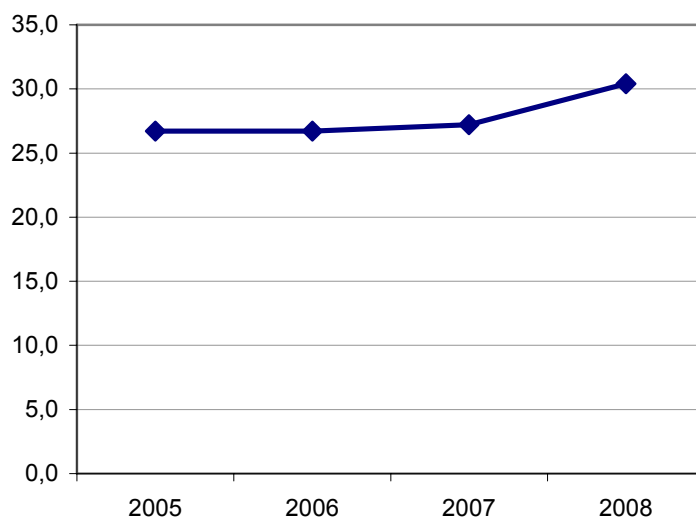
A kannabisz-használók másodlagos vezető szere valamely stimuláns, elsősorban az amfetamin. Emellett gyakran említik az alkohol-fogyasztást. Viszonylag magas arányban észlelhető a hallucinogének és a kokain használata is.

5.4. TENDENCIÁK A KEZELT BETEGEK KÖRÉBEN (AZ OSAP ADATOK TÜKRÉBEN)

Az összes kezelt számának alakulását tekintve a budapesti toxikológiai osztályon kezelték nélkül megállapítható, hogy a 2003-2006 között viszonylag kiegyenlített alakuló kezelt droghasználók száma 2007-ben és 2008-ban is csökkent. A jelenség hátterében a 2007-es egészségügyi kapacitáscsökkenés, valamint az elterelés miatt kezelésbe került droghasználók csökkenése állhat.

Az Országos Statisztikai Adatgyűjtési Program (OSAP) adatai szerint a 2005-ről 2006-ra megfigyelhető stagnálást követően 2006 és 2008 között növekedésnek indult az összes kezelt átlagéletkora. Az „idősebb” korosztály megjelenése az egészségügyi ellátásban magyarázható azzal, hogy a hosszabb drogkarrierrel rendelkező, és ezáltal jellemzően idősebb droghasználók nagyobb valószínűséggel jelentkeznek kezelési igénnyel egészségügyi szolgáltatóknál, illetve Magyarországon is megfigyelhető a szerhasználói populációban az idősebb (24 év feletti) korcsoportok egyre nagyobb mértékű megjelenése.

36. ábra. *Átlag életkor az összes kezelt körében 2005-2008 között (év)*



Forrás: OSAP 1627, illetve EüM (ESzCsM) 1211. sz. jelentés

Következtetések

Összességében az egészségügyi ellátórendszerrel megállapítható, hogy a kezelési lánc teljes spektruma (járó- és fekvőbeteg ellátás, szociális ellátás, gyermek-addiktológia) egyetlen régióban sem épült ki, a szolgáltatások terén is a két szektor elkülönülése jellemző, és az integrált ellátások száma továbbra is alacsony.

Az OEP adatok alapján 2008-ban az ellátórendszer teljesítménye egyértelműen csökkent, ami elsősorban a finanszírozási jogszabályok változására vezethető vissza. Az OEP adatok szerint az év második felében az ellátórendszer teljesítménye stabilizálódott, egyes pontokon, elsősorban a finanszírozási területeken jelzett növekedés mutatható ki, azonban a kezelt betegek száma még nem növekedett.

Az ellátórendszer belső szakmai környezete egyes pontokon előrelépést mutat, megjelentek olyan szakmai dokumentumok, amelyek az előrelépés feltételei, a rapid változások azonban nem kedveztek az elmúlt években a tudatos szakmai építkezésnek. A szakmai felügyelet és értékelési rendszer fejlődése az előrelépés kulcseleme és feltétele lehet.

A kábítószer-fogyasztás miatt kezelésben lévők száma az OSAP adatok szerint 2008 folyamán összesen 14 353 fő volt, közülük 4635 fő vett részt kezelésben életében először. Ez látszólag növekedést mutat a megelőző év adataihoz képest, azonban megvizsgálva a kezelőhelyet kiderül, hogy a növekedés a Fővárosi Önkormányzat Péterfy Sándor utcai Kórház Klinikai Toxikológiai Osztályán ellátott betegek számának emelkedéséből adódik.

A kezelésben lévő kannabisz-fogyasztók aránya 2008-ban tovább csökkent, ami részben köszönhető a megelőző-felvilágosító kezelések hatékonyabb kiszűrésének az adatgyűjtésből. Míg a heroint intravénásan fogyasztók aránya csökkenést, addig az amfetamint intravénásan fogyasztók aránya enyhe növekedést mutatott az összes kezelthez viszonyítva. A kokaint és hallucinogéneket fogyasztók aránya lényegében nem változott. A legális szereket (altatók, nyugtatók, szerves oldószerek) visszaélészerűen használók aránya összesítve és nemenkénti bontásban is növekedett.

Az újonnan kezelésbe lépőkről a TDI adatgyűjtésbe 2008-ban 93 kezelőhely jelentett összesen 3484 klienst, melyek közül 2161 fő életében először került kezelésbe.

A nem elterelt kezelésbe lépők átlagéletkora 2008-ban a megelőző évhez képest jelzett növekedést mutat mind az összes kezelt mind az életükben először kezelésbe lépők körében. E csoporton belül az intenzív szerhasználat (legalább heti 2) leginkább az opiát-fogyasztó férfiak, az amfetamin-fogyasztó férfiak és nők valamint az altatókat, nyugtatókat visszaélészerűen fogyasztó férfiak és nők körében jellemző.

Az elterelt eseteket vizsgálva megállapítható, hogy ez a populáció fiatalabb a más okból kezelésbe lépőknél. A beviteli módot körükben továbbra is a kannabisz-dominancia határozza meg. Esetükben jóval alacsonyabb az intenzifikált szerhasználat aránya, mint a nem eltereltek között.

6. A DROGFOGYASZTÁS EGÉSZSÉGÜGYI VONATKOZÁSAI ÉS KÖVETKEZMÉNYEI⁴⁶

6.1. KÁBITÓSZER-FOGYASZTÁSSAL ÖSSZEFÜGGŐ FERTŐZŐ BETEGSÉGEK

Bejelentett HIV/ AIDS, HBV, HCV esetek

2008-ban Magyarországon az intravénás kábítószer-használók körében bejelentett HIV/AIDS esetekre, valamint a heveny HBV, HCV okozta hepatitisek incidenciájára vonatkozó adatok az előző évekhez hasonlóan az Országos Epidemiológiai Központ Járványügyi Osztályán működő országos fertőzőbeteg nyilvántartásból, valamint a speciális HIV/AIDS, illetve hepatitis surveillance adatbázisból származtak (Csohán et al. 2009)).

HIV/AIDS

2008-ban Magyarországon mérsékelten több HIV-pozitív esetet (145) jelentettek, mint az előző évben (119). Az incidencia 15 eset/1millió lakos értéknek felelt meg. Az újonnan regisztrált HIV-fertőzöttek háromnegyedénél volt ismert a fertőződés módja. Az ismert rizikócsoportba tartozó HIV-fertőzöttek közül (112) két fiatal felnőtt férfi valószínűsíthetően intravénás kábítószer-használat révén fertőződött. 2008-ban 23 AIDS megbetegedést diagnosztizáltak, egy beteg sem tartozott az intravénás kábítószer-használók rizikócsoportjába.

9. táblázat. A regisztrált HIV-fertőzött személyek rizikócsoportok szerinti megoszlása

	1985-2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Összesen
Homo/biszexuális	518	34	45	55	38	60	93	847
Heteroszexuális	182	18	13	21	14	14	17	279
Hemofília	32	0	0	0	0	0	0	32
Transzfúziós recipiens	22	0	0	0	0	1*	0	23
Intravénás kábítószer-fogyasztó	12*	1*	2*	2**	0	3*	2	22
Nosocomialis	12*	0	0	3*	0	1	1	16
Maternalis	3	0	0	2	0	2	2	7
Ismeretlen	260	10	15	23	29	38	33	404
Összesen	1041	63	75	106	81	119	145	1630

* Importált esetek, ** Importált esetekkel együtt

Forrás: Országos Epidemiológiai Központ (Csohán et al. 2009)

⁴⁶ A fejezet szerzői: Dr. Csohán Ágnes, Dr. Keller Éva, Horváth Gergely, Nadas Eszter, Tarján Anna

Akut hepatitis B

2008-ban 88 akut megbetegedést jelentettek be, az incidencia 0,88‰-nek bizonyult, gyakorlatilag nem változott az előző évihez viszonyítva.

10. táblázat. Az intravénás (iv.) kábítószer-használók száma és aránya a bejelentett akut hepatitis B betegek között

Évek	Bejelentett akut HB betegek		
	száma	közül iv. kábítószer-fogyasztó szám	%
2004	131	6	4,6
2005	119	1	0,8
2006	83	-	-
2007	81	2	2,5
2008	88	2	2,3

Forrás: Országos Epidemiológiai Központ (Csohán et al. 2009)

A fertőzés terjedési módja 55 betegnél (62,5%) volt ismert, közülük egy 25 éven aluli, illetve egy 25-34 évesek korcsoportjába tartozó férfi volt intravénás kábítószer-fogyasztó.

Akut hepatitis C

A 2008. évben 34 heveny hepatitis C megbetegedést jelentettek, kissé többet, mint az előző évben. A betegek közül 6 fő fertőződött intravénás szerhasználat révén. A betegek felénél volt ismert a fertőződés módja. A betegek között 4 férfi és 2 nő volt. Közülük ketten 25 év alattiak voltak, 3 fő tartozott a 25 és 34 év közöttiek korcsoportjába, 1 fő 34 évnél idősebb volt.

11. táblázat. Az intravénás kábítószer-használók száma és aránya a bejelentett akut hepatitis C betegek között

Évek	Bejelentett akut HC betegek		
	Száma	közül iv. kábítószer-fogyasztó Szám	%
2004	40	11	27,5
2005	22	1	4,5
2006	29	4	13,8
2007	22	5	22,7
2008	34	6	17,6

Forrás: Országos Epidemiológiai Központ (Csohán et al. 2009)

HIV, HBV, HCV prevalencia az intravénás kábítószer-fogyasztók körében

Országos vizsgálat

2008-ban az Országos Epidemiológiai Központ folytatta a HIV, HBV, HCV fertőzések prevalenciájának mérésére irányuló sentinel szűrővizsgálatokat (Dudás et al. 2009)). Ebben az évben harmadszor került sor azonos módszerrel hasonló körülmények között végzett szűrésre. A vírusszerológiai vizsgálatokhoz ujjbegyből vett szárított vérmintát használtak. A költségek fedezetét az Egészségügyi Minisztérium biztosította.

Míg 2007-ben 15 helyen 567 személyt vontak be a vizsgálatba, 2008-ban (szeptember 15. és december 31. között) már 18 szervezet vett részt a vizsgálatban, közreműködésükkel 590 intravénás kábítószer-használótól vettek vérmintát.

Össességében a vizsgálatba Budapesten három tűcsere-állomás és két kezelőhely, vidéken tíz kezelőhely és három tűcsere-állomás került bevonásra.

12. táblázat. A HIV, HBV, HCV prevalencia vizsgálatban részt vevő szervezetek

Hely	Szervezet neve	Szűrővizsgálatok száma
Budapest	Drogprevenációs Alapítvány	100
Budapest	Fővárosi Önkormányzat Nyírő Gyula Kórház Drogambulancia és Prevenációs Központ	65
Budapest	Kék Pont Drogkonzultációs Központ és Ambulancia Alapítvány	70
Budapest	Magyar Ökumenikus Segélyszervezet Soroksári Addiktológiai Centrum	40
Budapest	Baptista Szeretetszolgálat Utcafront tűcsere szolgálat	30
Gyula	Független Egyesület	20
Miskolc	Semmelweis Kórház, Drogambulancia	35
Pécs	Drogambulancia	60
Szeged	Ifjúsági Drog-centrum	50
Kecskemét	RÉV Szolgálat	20
Szekszárd	RÉV Szenvedélybeteg-segítő Szolgálat	16
Veszprém	Alkohol-Drogsegély Ambulancia	15
Debrecen	Kenézy Kórház, Drogambulancia	20
Debrecen	Magyar Ökumenikus Segélyszervezet	15
Győr	Támasz Krízis-és Drogambulancia	8
Nyíregyháza	Addiktológiai szakrendelés, drogambulancia	5
Zalaegerszeg	Zala Megyei Kórház, Drogambulancia	11
Salgótarján	Kistérségi Szociális és Gyermejjóléti Szolgáltató Központ, Salgótarján	10
Összesen		590

Forrás: Országos Epidemiológiai Központ (Dudás et al. 2009)

A vizsgálatba olyan személyek kerültek, akik a mintavételi periódusban megjelentek a fenti intézmények valamelyikében, intravénás kábítószer-fogyasztónak vallották magukat, vagy emlékeztek arra, hogy valaha intravénásan szert használtak, függetlenül attól, hogy valaha vettek-e részt HIV, HBV vagy HCV szűrővizsgálaton.

A kiválasztás, a mintavételi eljárás, a kódolás, illetve a minták vizsgálata az előző két év gyakorlatával megegyező módon történt.⁴⁷

A laboratóriumi vizsgálatok során az alkalmazott módszerekkel mind az 590 vizsgált személy esetében megbízható eredmény volt kiadható a HIV és a hepatitis B fertőzöttséget illetően. A vírus fertőzöttség kimutatására irányuló ellenanyag vizsgálatok hepatitis C vírus

⁴⁷ Lásd: 2007-es Éves Jelentés, 6.2. fejezet.

vonatkozásában két esetben kétes eredménnyel zárultak, így ezeket az eseteket kizárták a feldolgozásból.

HIV vírus jelenlétének kimutatása céljából összesen 590 intravénás szerhasználótól származó mintát vizsgáltak, ezekből egy esetében kaptak reaktív eredményt, melyből megerősítő vizsgálatokat végeztek. A megerősítő vizsgálatok negatív eredménnyel zárultak, végső soron mind az 590 vizsgált személy HIV negatívnak bizonyult.

A vizsgált 590 személy közül 3 fő bizonyult a hepatitis B vírus felületi antigénjére pozitívnak, azaz hepatitis B vírus fertőzöttnek (0,5%). 587 személy esetében az eredmény HBsAg negatív volt. A három hepatitis B vírus hordozó közül az egyikük egyidejűleg anti-HCV pozitívnak is bizonyult.

Az 590 személy közül 455 személy mintája esetében állapították meg anti-HCV negatívitást. 133 esetben bizonyították a megerősítő vizsgálatok során anti-HCV pozitívitást (22,6%). Kétes eredmény 2 személy esetében adódott, tőlük ismételt vér beküldését kérték.

13. táblázat. A vizsgált intravénás kábítószer-fogyasztók HIV, HCV, HBV fertőzöttsége korcsoportok szerint

Korcsoport		HIV ellenanyag jelenlétére vizsgált személyek		HBsAg antigén jelenlétére vizsgált személyek			HCV ellenanyag jelenlétére vizsgált személyek		
		száma	közül pozitív	száma	közül pozitív szám	%	száma	közül pozitív szám	%
< 25 év	férfi	77	0	77	0	0,0	77	15	19,4
	nő	39	0	39	0	0,0	39	8	20,5
25-34 év	férfi	229	0	229	2	0,9	229	48	20,9
	nő	85	0	85	0	0,0	84	19	22,6
> 34 év	férfi	118	0	118	0	0,0	117	28	23,9
	nő	42	0	42	1	2,3	42	15	35,7
Összesen	férfi	424	0	424	2	0,5	423	91	21,5
	nő	166	0	166	1	0,6	165	42	25,4
	Ffi+nő	590	0	590	3	0,5	588	133	22,6

Forrás: Országos Epidemiológiai Központ (Dudás et al. 2009)

A vizsgálatba bevont 590 személy között 424 (71,9%) férfi és 166 (28,1%) nő volt. A 25-34 év közöttiek korcsoportjába tartozott a vérmintát szolgáltatók több mint a fele (314 fő, 53,2%), a 34 év felettek köréből került ki a vizsgálatban résztvevők 27,1%-a (160 fő), és a 25 évnél fiatalabbak alkották a legkisebb csoportot 116 fővel (19,7%).

Összességében a férfiak és a nők fertőzöttségi arányában az eltérés nem volt szignifikáns ($p > 0,5$). Azonban az előző évhez hasonlóan, kiemelésre érdemes, hogy a 34 évnél idősebb nők körében az átlagos prevalencia érték több mint másfélszerese (35,7%) volt megfigyelhető. A két arány közti különbség szignifikáns a $p < 0,001$ szinten.

A kutatás során azt is vizsgálták, van-e összefüggés a hepatitis C fertőzöttség kialakulása és az intravénás kábítószer-használat kezdete óta eltelt idő között.

Az intravénás kábítószer-használat kezdetének négy intervallumot lehetett megjelölni (<2 év, 2-4 év, 5-9 év, >10 év), az 590 főből 27 személy nem tudta megmondani, mikor kezdett intravénásan kábítószerrel használni. A mintát adó személyek 43%-a (254 fő) úgy nyilatkozott, hogy több mint 10 éve használ kábítószerrel intravénásan. 146 fő, a vizsgált személyek 24,7%-a 5-9 éve használt intravénásan kábítószerrel. A 2-4 éve (13%, 77 fő), és a kevesebb mint két éve (14,6%, 86 fő) intravénásan kábítószerrel használók száma közel azonos volt a mintában.

A hepatitis C fertőzöttség aránya azok körében volt a legmagasabb (29,5%), ahol az első injekció 10 évnél régebben történt. Amíg az 5-9 éve szerhasználók 24%-a volt HCV

fertőzött, a 2-4 éve intravénásan szert használóknál 21%-os prevalenciát észleltek, az új kábítószer-használók közül pedig csak 6 fő (7%) fertőződött meg a vírussal.

14. táblázat. A HCV, HBV pozitív intravénás kábítószer-fogyasztók megoszlása az iv. kábítószer-használat kezdete szerint

Az intravénás kábítószer-használat kezdete	HBsAg antigén jelenlétére vizsgált személyek			HCV ellenanyag jelenlétére vizsgált személyek		
	száma	közül pozitív szám	%	száma	közül pozitív szám	%
< 2 év	86	2	2,3	86	6	7,0
2 - 5 év	77	0	0,0	76	16	21,0
5 - 10 év	146	0	0,0	146	35	24,0
10 évnél régebben	254	1	0,4	253	75	29,6
Összesen	563	3	0,5	561	133	23,7

Forrás: Országos Epidemiológiai Központ (Dudás et al. 2009)

A 133 hepatitis C pozitív személy közül 110 kábítószer-használó opiát-fogyasztónak vallotta magát. Az alábbi táblázatból kitűnik, hogy az opiát-fogyasztó intravénás kábítószer-használók 25,8%-a, a nem opiát fogyasztók 14,2%-a fertőződött hepatitis C vírussal. A két arány közti különbség szignifikáns a $p < 0,001$ szinten.

15. táblázat. A HCV, HBV pozitív intravénás kábítószer-fogyasztók megoszlása a kábítószer típusa szerint

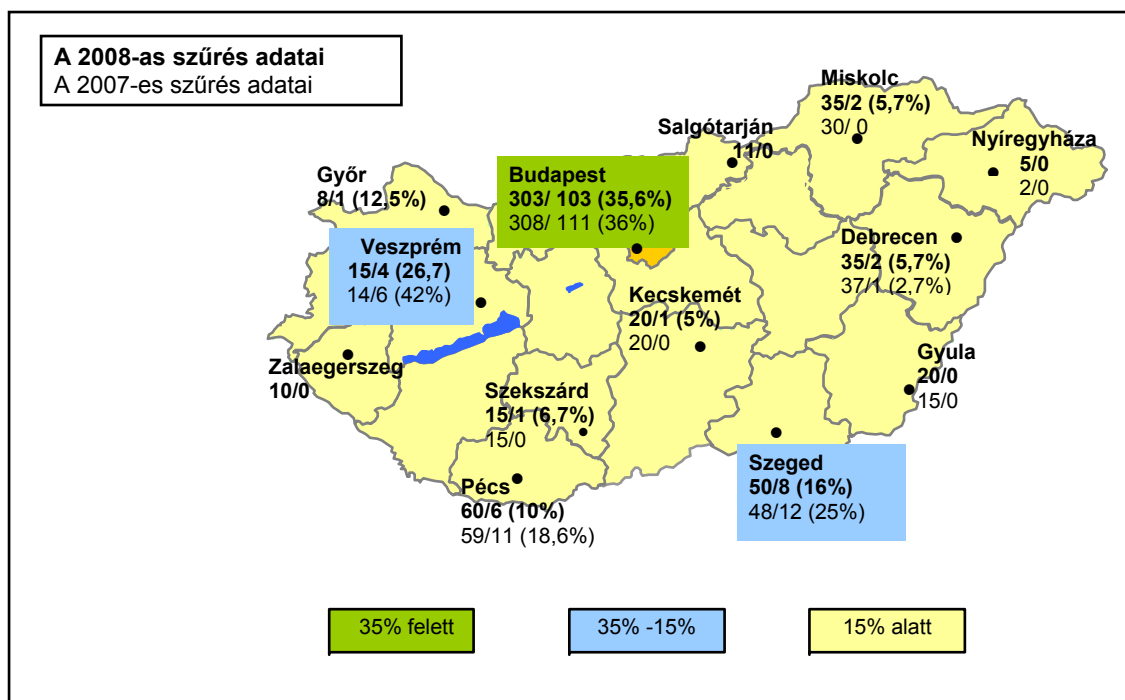
Kábítószer típusa	HBsAg antigén jelenlétére vizsgált személyek			HCV ellenanyag jelenlétére vizsgált személyek		
	Száma	Közül pozitív Szám	%	száma	közül pozitív szám	%
Opiát	428	1	0,2	426	110	25,8
más, nem opiát	162	2	1,2	162	23	14,2
Összesen	590	3	0,5	588	133	22,6

Forrás: Országos Epidemiológiai Központ (Dudás et al. 2009)

Ha a prevalencia értékeket a kábítószer-fogyasztók lakóhelye szerint vizsgáljuk, akkor megállapítható, hogy a fővárosban élők körében a HCV prevalenciája négyszerese a vidékiek között mért értéknek. A fővárosból származó 303 mintából 108 bizonyult hepatitis C pozitívnek, ami 35,6%-ot jelent, ezzel szemben a vidékről érkezett mintáknak csak 8,8%-a volt pozitív (25/285). Vidéken a Veszprémből és Győrből származó adatok hívják fel magukra a figyelmet, ahol a beérkezett minták 26,7%-a, illetve 12,5%-a volt hepatitis C pozitív, bár a feldolgozott mintaszám statisztikai szempontból mindkét városban alacsonynak számít ($n=15$, illetve $n=8$). Szegeden és Pécsen statisztikai szempontból elég minta került feldolgozásra ahhoz, hogy Szegeden a 16%-os, Pécsen a 10%-os prevalencia érték validnak legyen tekinthető.

A három HBsAg pozitív személy közül egy Budapesten, egy Kecskeméten, egy pedig Zalaegerszegen került felderítésre.

2. térkép. A HCV szűrővizsgálatok száma és a pozitívak aránya területenként 2007-ben és 2008-ban



Forrás: Országos Epidemiológiai Központ (Dudás et al. 2009)

16. táblázat. A HCV szűrővizsgálatok száma és a pozitívak aránya területenként 2006-2008 között

Terület/város	2006			2007			2008		
	száma	közül pozitív szám	%	száma	közül pozitív szám	%	száma	közül pozitív szám	%
Budapest	162	60	37,0	308	111	36,0	303	108	35,6
Szeged	35	8	22,9	48	12	25,0	50	8	16,0
Pécs	55	14	25,5	59	11	18,6	60	6	10,0
Miskolc	20	0	0,0	30	0	0,0	35	2	5,7
Gyula	15	1	6,7	15	0	0,0	20	0	0,0
Kecskemét	-	-	-	20	0	0,0	20	1	5,0
Szekszárd	-	-	-	15	0	0,0	15	1	6,7
Veszprém	-	-	-	14	6	42,9	15	4	26,7
Debrecen	-	-	-	37	1	2,7	35	2	5,7
Nyíregyháza	-	-	-	2	0	0,0	5	0	0,0
Győr	-	-	-	-	-	-	8	1	12,5
Salgótarján	-	-	-	-	-	-	11	0	0,0
Zalaegerszeg	-	-	-	-	-	-	10	0	0,0
Vidék összesen	125	23	18,4	240	30	12,5	285	25	8,8
Összesen	287	83	28,9	548	141	25,7	588	133	22,5

Forrás: Országos Epidemiológiai Központ (Dudás et al. 2009)

A szűrés során személyi azonosításra nem alkalmas, de egyedi azonosító, az ún. generált kód került alkalmazásra.⁴⁸ Mivel a kód nem változik, alkalmas arra, hogy az évről évre megszárt esetek szerostatusának változását kövessük. A generált kód alapú egyezések, ismétlődések nem és életkori kategória alapján ellenőrzésre kerültek.

A 2006-ban megszárt 300 főből a következő, 2007-ben végzett szűrés 96 főt (32%) ért el ismételten. A 96 főből 2006-ban 25 fő HCV pozitív, 66 fő HCV negatív volt, további 5 fő esetében kétes eredmény született. A 66, 2006-ban negatív fő közül 2 fő lett a következő, 2007-es évben HCV pozitív. A 2006-ban kétes 5 mintából 3 fő 2007-ben is kétes eredményt adott, 2 fő viszont HCV pozitivitást mutatott.

A 2006-ban megszárt 300 főből 2008-ban 66 főt ért el az újabb vizsgálat. A 66 főből 13 fő volt HCV pozitív, 50 volt negatív, 2 esetben kétes eredményű volt a minta. Az 50, 2006-ban negatív személy egyike sem fertőződött meg 2008-ra. A 2006-ban kétes mintát adó 2 személy pozitív lett 2008-ban.

A 2007-ben megszárt 567 esetből 141 főt (24,9%) ért el a 2008-as szűrés is. A 141 főből 29 fő (20,6%) volt pozitív, 108 fő volt negatív, 4 esetben kétes eredmény volt kimutatható. A 2007-ben negatív esetek közül egy sem változott 2008-ra, körükben fertőzés az egy év alatt nem történt. A 4 kétes mintából 2 HCV pozitív, 2 HCV negatív lett a következő évben.

42 fő jelent meg mind a három vizsgálati évben. Közülük 10 fő mindhárom évben pozitívnak bizonyult, 30 fő mindhárom évben negatív maradt. Két fő mintája kétes eredményű volt.

Budapesti vizsgálat a szubsztitúciós programban kezelték körében

2008-ban (július 22-től szeptember 21-ig) a MÁTRIX Közhasznú Alapítvány közreműködésével két budapesti drogambulancián (Fővárosi Önkormányzat Nyírő Gyula Kórház Drogambulancia és Prevenziós Központ; Magyar Ökumenikus Segélyszervezet Soroksári Addiktológiai Centrum) 320, a szubsztitúciós programban részt vevő, valaha intravénásan kábítószer fogyasztó klienst szűrték meg hepatitis C vírusra. A laborvizsgálatokat a Szent László Kórházban végezték el. A 320 fő közül 74 fő (23, 1%) volt anti-HCV pozitív.

A mintában 91 nő (29%) és 229 (71%) férfi szerepelt. A 25-34 év közöttiek korcsoportjába tartozott a vérmintát szolgáltatóknak több mint a fele (173 fő, 54%), 34 év feletti volt a vizsgálatban résztvevők közül 140 fő (44%), és a 25 évnél fiatalabbak alkották a legkisebb csoportot 7 fővel (2%).

A nők körében 31%-os HCV fertőzöttséget mért a vizsgálat, míg a férfiak körében az összesített adatokat tekintve 20%-os volt az anti-HCV pozitívak aránya. A legmagasabb fertőzöttségi arányt itt is – az országos vizsgálatához hasonlóan – a 34 év fölötti nők körében figyelték meg (50%).

⁴⁸ Lásd: 2007-es Éves Jelentés, 6.2. fejezet.

17. táblázat. A szubsztitúciós programokban megszürt valaha intravénás kábítószer-fogyasztók HCV fertőzöttsége nem és korcsoportok szerint

Korcsoport	HCV ellenanyag jelenlétére vizsgált személyek			
		száma	közül pozitív	
			szám	%
< 25 év	férfi	1	0	0
	nő	6	1	17
25-34 év	férfi	128	21	16
	nő	45	10	22
> 34 év	férfi	106	25	24
	nő	34	17	50
Összesen	férfi	229	46	20
	nő	91	28	31
	Ffi+nő	320	74	23

Forrás: Nyíró Gyula Kórház Drogambulancia

A mintával kapcsolatosan rendelkezésre állt az az adat is, hogy a vizsgálat idején szubsztitúciós programban részvevő kliensek mikor használtak először életükben intravénásan kábítószer. A mintát adó személyek 45%-a (143) úgy nyilatkozott, hogy több mint 10 éve használt kábítószeret először intravénásan. 129 fő (40%) 5-10 éve használt intravénásan kábítószeret először. A 2-5 éve használók a minta 14%-át (45 fő) alkották, a kevesebb mint két éve intravénásan kábítószeret használók aránya 1% (3 fő) volt. A legmagasabb arányú HCV fertőzöttséget – az országos vizsgálatához hasonlóan – a több mint 10 éve először injektálók körében figyelték meg.

18. táblázat. A szubsztitúciós programban résztvevő HCV pozitív valaha intravénás kábítószer-fogyasztók megoszlása az iv. kábítószer-használat kezdete szerint

Az intravénás kábítószer-használat kezdete	HCV ellenanyag jelenlétére vizsgált személyek		
	száma	szám	%
< 2 év	3	0	0
2 - 5 év	45	5	11
5 - 10 év	129	25	19
10 évnél régebben	143	44	31
Összesen	320	74	23

Forrás: Nyíró Gyula Kórház Drogambulancia

A megszürték közül 10 fő (3%) a vizsgálat évében először jelent meg a kezelőrendszerben, közülük 3 fő volt anti-HCV pozitív. A megszürték 7%-a (23 fő) volt már életében börtönben, közülük 5 fő volt hepatitis C fertőzött.

Budapesti vizsgálat intravénás kábítószer-fogyasztók körében

2005. október és 2006. decembere⁴⁹ között vizsgálat történt nem kezelési programból toborzott intravénás szerhasználók körében HIV/ HCV fertőzöttségükre⁵⁰, illetve ezzel összefüggő kockázati magatartásukra vonatkozóan (Gyarmathy et al. 2008). 215 intravénás kábítószer-fogyasztó került a mintába utcai megkeresés és hólabda módszer kombinált

⁴⁹ A kutatást csak 2008-ban publikálták, ezért kerül csak most bemutatásra.

⁵⁰ A vizsgálat során a HIV ellenanyag, illetve HCV ellenanyag jelenlétét vizsgálták. A szerológiai vizsgálatokat a Szent László Kórházban végezték el.

alkalmazása által.⁵¹ A mintába olyan személyek kerülhettek, akik elmondásuk szerint kábítószerrel injektáltak a vizsgálat előtti elmúlt 30 napban. Az önbevallásos szerhasználatot (heroin, kokain, amfetamin) vizeletvizsgálattal erősítették meg, az intravénás szerhasználatot a bőrön található injektálásra utaló jelek alapján verifikálták.

A részletes kérdőív felvétele után a vizsgálatban résztvevőktől vérmintát vettek, majd a kábítószer-fogyasztással összefüggő fertőző betegségekről tájékoztatatták őket.

A 215 mintába került intravénás kábítószer-fogyasztóból, 186 fő szolgáltatott vérmintát (86,5%), közülük 1 fő eredménye kétesnek bizonyult a HCV ellenanyag vizsgálata során, így 185 fő került bele abba az elemzésbe, amely a HCV szeropozitivitás korrelációit vizsgálta.

A vizsgált személyek körében HIV pozitív személy nem került felderítésre. A 185 fő közül 69 fő (37%) volt HCV ellenanyag pozitív. Ez közel megegyezik az országos vizsgálat során már 3 éve (2006: 37%; 2007 36%; 2008: 36%) mért budapesti prevalenciával, amely vizsgálat során tűcsere programokban, illetve drogambulanciákon megjelenő intravénás szerhasználók klienseket vizsgálnak.

A vérmintát szolgáltató 185 főből 140 férfi (75,7%) és 45 (24,3%) nő volt.

19. táblázat. A vizsgált intravénás kábítószer-fogyasztók HCV fertőzöttsége nemek szerinti bontásban

Neme	HCV ellenanyag jelenlétére vizsgált személyek	HCV ellenanyag negatív		HCV ellenanyag pozitív	
	szám	szám	%	szám	%
Férfi	140	90	64,3	50	35,7
Nő	45	26	57,8	19	42,2
Összesen	185	116	62,7	69	37,3

Forrás: Gyarmathy et al. 2008

A minta átlagéletkora 28,3 év volt, az átlagéletkor a HCV negatívak körében 27,1 év, míg a HCV pozitívak körében szignifikánsan több, 30,3 év volt.

Az intravénás szerhasználat kezdete óta eltelt idő a teljes mintában átlagosan 7,6 év volt. A HCV negatívak körében ez az időhossz rövidebb, átlagosan 6,5 évet tett ki, míg a HCV pozitívak körében szignifikánsan hosszabb, átlagosan 9,4 évet mért a vizsgálat.

A kutatás során további szociodemográfiai adatokat is elemeztek: roma származású volt a minta 22,7%-a (42 fő), a középiskolát a minta 20,5%-a (38 fő) fejezte be, hajléktalan a vizsgálatban résztvevők 13%-a (24 fő) volt.

20. táblázat. A vizsgált intravénás kábítószer-fogyasztók HCV fertőzöttsége egyes szociodemográfiai változók szerinti bontásban (N=185)

Szociodemográfiai változók	HCV ellenanyag jelenlétére vizsgált személyek szám	HCV ellenanyag negatív		HCV ellenanyag pozitív	
		szám	%	szám	%
Nem roma származású	143	97	67,5	46	32,2
Roma származású	42	19	45,2	23	54,8
Nincs középiskolai végzettsége	147	85	57,8	62	42,2
Van középiskolai végzettsége	38	31	81,6	7	18,4
Nem hajléktalan	161	104	64,6	57	35,4
Hajléktalan	24	12	50	12	50

Forrás: Gyarmathy et al. 2008

⁵¹ Az intravénás szerfogyasztók rekrutálása olyan helyszíneken történt, ahol intravénás kábítószer-fogyasztók gyakran találkoznak, továbbá a tűcsere-programoknál, illetve másik intravénás kábítószer-fogyasztó mintába vonása által. A résztvevők 2000 forintot kaptak a kutatásban való részvételért, illetve további 500 forintot, ha a kutatásba belevonnak olyan intravénás kábítószer-fogyasztót is, aki megfelelt a kutatásban való részvétel kritériumainak.

A korrelációk vizsgálata során a következő változók esetében volt kimutatható összefüggés a hepatitis C fertőzöttséggel: idősebb kor, roma származás, középiskolai végzettség hiánya, illetve hosszabb injektlói karrier.

*Fertőző betegségek a büntetés-végrehajtási intézetekben*⁵²

2008-ban tovább folytatódott az előző évben a bv. intézetekben megkezdett hepatitis C kampány szűrőprogram.⁵³ 2008-ban összesen 2618 fő⁵⁴ vett részt a szűrésben, 77 fő volt HCV ellenanyag pozitív, ebből 54 fő egyben hepatitis C vírus hordozó is volt. A 2007-es és 2008-as adatokat összegezve, a két évben összesen 4782 főt⁵⁵ szűrték meg a bv. intézetekben. 176 fő (3,6%) volt HCV ellenanyag pozitív, közülük 118 fő (2,5%) egyben hepatitis C vírus hordozó is. (Kezelési adatokat lásd: 9.5 fejezet).

A szűrőprogramba 2008 júniusában kapcsolódott be a Nemzeti Drog Fókuszpont (Nemzeti Drog Fókuszpont 2009a), akik kezdeményezték, hogy az önkéntes hepatitis C szűréshez kapcsolódjon anonim kérdőív felvétel, mely a szűrési eredménnyel összekapcsolva (sorszám alapján) információt nyújt a szűrésben részt vevő fogvatartottak esetleges kábítószer-fogyasztói/ intravénás kábítószer-fogyasztói múltjáról, illetve a hepatitis C terjedésével összefüggő kockázati magatartásairól az intézetbe kerülés előtti és az intézetbeli időszakot tekintve. A Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnoksága elfogadta az EMCDDA ajánlásain⁵⁶ alapuló, a Nemzeti Drog Fókuszpont által elkészített kérdőívet és engedélyezte annak felvételét a szűrésben részt vevő bv. intézetekben. A kérdőív először pilóta projekt keretében került kipróbálásra a szirmabesenyői Fiatalkorúak Regionális Büntetés-végrehajtási Intézetében. Ezt követően 2009 januárjáig⁵⁷ további 6 intézetben⁵⁸ került sor a szűréssel párhuzamosan a kérdőív felvételére⁵⁹. 2008-ban 2618 főt szűrték meg HCV-re, de a kockázati magatartás kérdőívek felvételére csak az év közepétől került sor, a kérdőívet összesen 1166 fogvatartott⁶⁰ töltötte ki.

⁵² A Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnoksága és az Országos Epidemiológiai Központ beszámolója, illetve a Nemzeti Drog Fókuszpont kutatása alapján.

⁵³ Előzmények lásd: 2008-as Éves Jelentés 6.2. fejezet.

⁵⁴ A 2008-as átlag fogvatartotti létszám (14 702 fő) 17,8%-a.

⁵⁵ A 2008-as átlag fogvatartotti létszám 14 702 fő volt, így elmondható, hogy az átlag létszám 32,5%-át szűrték meg HCV ellenanyagra a 2 év során.

⁵⁶ Protocol for the implementation of the EMCDDA key indicator: Drug-related infectious diseases (DRID), draft version 6 October 2006, Project CT.04.P1.337

⁵⁷ A szűrés illetve kérdőívezés 2009-ben tovább folytatódott, jelen Éves Jelentésben a 2008. június – 2009. januárjáig lezajlott szűrések során felvett kérdőívek adatait elemezzük.

⁵⁸ A vizsgálatban részt vevő intézetek: Szirmabesenyő -Fiatalkorúak Regionális Büntetés-végrehajtási Intézete: 83 fő; Győr-Moson-Sopron Megyei Büntetés-végrehajtási Intézet: 142 fő; Márianosztrai Fegyház és Börtön: 139, Sátoraljaújhelyi Fegyház és Börtön: 147 fő; Kalocsai Fegyház és Börtön: 220 fő; Szombathelyi Országos-Büntetés-végrehajtási Intézet: 300 fő; Tiszalóki Országos Büntetés-végrehajtási Intézet: 135 fő.

⁵⁹ A szűrésben résztvevő fogvatartottak a kérdőívet a szűrést megelőzően töltötték ki. A kérdőívek, illetve a szerológiai eredmény a sorszám alapján volt összeköthető. A kérdőívek felvétele önkitöltős módszerrel, anonim módon történt.

⁶⁰ A 2008-as átlag fogvatartotti létszám (14 702 fő) 8%-a.

21. táblázat. A szűrésben és kérdőívfelvételen részt vevő bv. intézetek átlag fogvatartotti létszáma és a megszurtek létszáma

Intézet neve	Intézet jellege	2008 átlagos fogvatartotti létszám (fő)	Szűrésben részt vevő, kérdőívet kitöltő személyek száma (fő)	Szűrésben részt vevő, kérdőívet kitöltők az átlagos létszám százalékában (%)
Szirmabesenyő Fiatalkorúak Regionális Büntetés-végrehajtási Intézete	férfi	133	83	62,4
Győr-Moson-Sopron Megyei Büntetés-végrehajtási Intézet	koed.	172	142	82,6
Márianosztrai Fegyház és Börtön	férfi	551	139	25,2
Sátoraljaújhelyi Fegyház és Börtön	férfi	380	147	38,7
Kalocsai Fegyház és Börtön	női	302	220	72,8
Szombathelyi Országos Büntetés-végrehajtási Intézet	koed.	569	300	52,7
Tiszalöki Országos Büntetés-végrehajtási Intézet	férfi	618	135	21,8
Összes részt vevő intézet		2725	1166	42,8
Összes intézet		14702	1166	7,9

Forrás: BVOP

A mintában 946 férfi és 220 nő szerepelt. A minta 17,1%-a (199 fő) 25 év alatti volt, 33,9%-a (395 fő) 24 és 34 év közötti, míg 42,8%-uk (499 fő) 34 év feletti volt (az életkorra vonatkozó kérdésre a minta 6,3%-a nem válaszolt). Az átlagéletkor 34,4 év volt. Az 1166 fő közül 402 fő (34,5%) számolt be valaha történt kábítószer-fogyasztásról, közülük 148 fő intravénásan is használt életében valamilyen kábítószer.

22. táblázat. A szűrésben résztvevő fogvatartottak kábítószer-fogyasztására, illetve intravénás kábítószer-fogyasztására vonatkozó életprevalencia értékek életkor szerinti bontásban

Életkor	Teljes minta		Kábítószer valaha fogyasztók		Intravénásan kábítószer valaha fogyasztók	
	száma	%	Száma	%	száma	%
<25 év	199	17	105	52,8	37	18,6
25-34 év	395	33,8	172	43,5	71	18
>34 év	499	42,8	101	20,2	29	5,8
Nem ismert	73	6,26	24	32,9	11	15,1
Összesen	1166	100	402	34,5	148	12,7

Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont 2009a

A teljes mintában 30 fő (2%) esetében mutattak a szerológiai vizsgálatok hepatitis C pozitivitást, 21 fő ebből életében már fogyasztott kábítószer, 17 fő pedig azt intravénásan is használta már. A hepatitis C fertőzöttségi arány az intravénásan kábítószer valaha fogyasztó fogvatartottak körében volt a legmagasabb.

23. táblázat. Hepatitis C fertőzöttség (HCV ellenanyag) a teljes mintában, illetve a kábítószerrel valaha fogyasztók és az intravénásan valaha fogyasztók szerinti bontásban

HCV ellenanyag vizsgálatának eredménye	Teljes minta		Kábítószerrel valaha fogyasztók		Intravénásan kábítószerrel valaha fogyasztók	
	száma	%	száma	%	száma	%
HCV ellenanyag pozitív	30	2,6	21	5,2	17	11,5
HCV ellenanyag negatív	1136	97,4	381	94,8	131	88,5
Összesen	1166	100	402	100	148	100

Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont 2009a

A valaha intravénás szerhasználó fogvatartottak (148 fő) életkori kategóriáit megvizsgálva megállapítható, hogy a 34 év felettek körében figyelték meg a legmagasabb hepatitis C fertőzöttségi arányt, 24,1%-ot (7 fő). A 25 és 34 év közöttiek esetében ez az arány 9,9% (7 fő), a 25 év alattiak esetében 5,4% (2 fő).

24. táblázat. A valaha intravénás szerhasználó fogvatartottak HCV fertőzöttsége életkor szerinti bontásban

Életkor	Intravénásan kábítószerrel valaha fogyasztók		
	száma	közül pozitív száma	%
<25 év	37	2	5,4
25-34 év	71	7	9,9
>34 év	29	7	24,1
Nem ismert	11	1	9
Összesen	148	17	11,5

Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont 2009a

Az intravénásan valaha kábítószerrel fogyasztó fogvatartottak körében a vizsgálat az intézetbe kerülés előtt időszak, illetve az intézetbeli időszak intravénás szerhasználatra vonatkozó prevalenciaértékeit is mérte. A 148 valaha intravénásan szert használó 39,8%-a (59 fő) utoljára az intézetbe kerülés előtti 1 hónapban használt intravénásan kábítószerrel, 16,2%-uk (24 fő) az intézetbe kerülés előtti 1 évben, 33,1%-uk (49 fő) a bekerülés előtt több mint 1 évvel. Az intézetben az almlinta 10,8%-a (16 fő) fogyasztott intravénásan valamilyen szert. Az intravénás szerhasználatot bevalló fogvatartottak körében kiszűrt 17 HCV fertőzött mind az intézetbe kerülés előtt használt utoljára intravénásan kábítószerrel, 47,1%-uk (8 fő) az intézetbe kerülés előtti 1 hónapban is injektált. Az intézetben történő intravénás szerfogyasztást bevallók körében nem volt hepatitis C fertőzött.

25. táblázat. A HCV pozitív és HCV negatív valaha intravénás szerhasználó fogvatartottak megoszlása az utolsó injektlálás időpontja szerinti bontásban

Mikor injektlált utoljára	HCV ellenanyag pozitív		HCV ellenanyag negatív		HCV ellenanyag jelenlétére vizsgált személyek	
	száma	%	száma	%	száma	%
az intézetbe kerülés előtti 1 hónapban	8	47,1	51	38,93	59	39,86
az intézetbe kerülés előtti 12 hónapban	5	29,4	19	14,50	24	16,22
az intézetbe kerülés előtt több mint 1 évvel	4	23,5	45	34,35	49	33,11
az intézetben	0	0	16	12,21	16	10,81
Összesen	17	100	131	100	148	100

Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont 2009a

A fogvatartottak arra is választ adtak, hogy milyen kábítószerket injektláltak életükben. Több szert is meg lehetett jelölni, az elsődleges szerről nincs információ. Amfetamin-használatot 102 fő említett, közülük 13 fő (12,7%) volt hepatitis C fertőzött. Heroin-fogyasztást 65-en jeleztek, körükben 10,8%-os (7 fő) volt a fertőzöttség. Közel ugyanennyi fogvatartott (60 fő) számolt be kokain injektlálásáról, közülük 5-en voltak (8,3%) fertőzöttek.

26. táblázat. A HCV pozitív intravénás szerhasználó fogvatartottak megoszlása a kábítószer típusa szerinti bontásban (N=145)

Az injektlált kábítószer típusa	Az adott szertípust említő személyek száma*	Közülük a HCV ellenanyag pozitív személyek	
		száma	%
amfetamin	102	13	12,7
heroin	65	7	10,8
kokain	60	5	8,3
ecstasy	54	6	11,1
metadon	26	3	11,5
egyéb szer	15	1	6,6

* Egy fő több szertípust is megjelölhetett
Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont 2009a

A hepatitis C szűrőprogramban résztvevők vérmintáit megvizsgálták HIV, illetve hepatitis B fertőzöttség szempontjából is. Ennek köszönhetően összesen 3367⁶¹ fő vett részt HIV szűrésen 2008-ban, akik között 2 fertőzött személyt (0,05%) találtak. A hepatitis B felületi antigén jelenlétét 2008-ban 2618⁶² fő vérmintájánál vizsgálták, 70 pozitív esetet (2,7%) találtak. (Kezelési adatokat lásd: 9.5. fejezet).

Fertőző betegségek a drogfogyasztással összefüggő halálesetek körében

2008-ban Budapesten 23 intravénás heroin-fogyasztó halt meg túladagolásban (további halálozási adatokat lásd: 6.4. fejezet). Ebből 16 fő vérmintája volt alkalmas a szerológiai vizsgálatok elvégzésére. A 16 főnél 8 esetben igazoltak HCV pozitivitást, és 2 esetben HbsAg pozitivitást.

⁶¹ A 2008-as átlagos fogvatartotti létszám (14 702 fő) 23%-a

⁶² A 2008-as átlagos fogvatartotti létszám (14 702 fő) 17,8%-a

TBC és kábítószer-használat

A 2008-as szűrővizsgálatok során 2 fő új TBC-s beteget találtak, akik kábítószer-fogyasztóknak vallották magukat. A legjelentősebb rizikótényezők továbbra is az alkoholfüggőség, és a hajléktalanság.

27. táblázat. Az új TBC-s betegeknél talált rizikótényezők 2008-ban

Rizikótényező	Betegek Száma	Betegek %-a
Alkoholfüggő	270	16,8
Hajléktalan	130	8,1
Kontakt személy	57	3,5
Immigráns	16	1,0
Egészségügyi dolgozó	23	1,4
Diabeteses	58	3,6
Szteroid kezelt	18	1,1
Zárt közösség ⁶³	32	2,0
Kábítószer-használó	2	0,1
HIV fertőzött	2	0,1
Börtön	22	1,4
Nincs rizikó-tényező	1191	74,2
Incidencia: Összesen	1606	100

Forrás: Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet

A büntetés-végrehajtási intézetekben 9301⁶⁴ fogvatartott esetében történt tüdőszűrés 2008-ban, közülük 21 fő új TBC-s beteget szűrtek ki a vizsgálatok során.⁶⁵

Kockázatos magatartások

Országos vizsgálat

Az EMCDDA útmutatója⁶⁶ alapján 2008-ban először – kísérleti projekt keretében – az Országos Epidemiológiai Központ által végzett HIV/HBV/HCV prevalencia vizsgálatához (Dudás et. al 2009) kapcsolódóan sor került négy, a kockázati magatartásokat mérő változó lekérdezésére. A kérdések az elmúlt egy éven belüli HIV/HCV szűrésen való részvételről, illetve az elmúlt 4 hétben történt tű/fecskendő megosztásról, illetve bármilyen injektáló segédeszköz megosztásáról szóltak. A válaszokat össze lehetett kapcsolni a szerológiai eredményekkel (szerológiai eredmények lásd: korábban ebben a fejezetben).

A feldolgozott adatok alapján a valaha intravénásan szert használók közel felénél nem történt az elmúlt évben sem HIV (45,8%), sem HCV szűrés (46,1%). Azok közül, akik az elmúlt év során voltak HCV szűrésen (318 fő)⁶⁷, 17,3% vallotta magát HCV fertőzöttnak, 65,7% pedig úgy tudta, hogy negatív lett a szűrővizsgálat eredménye, 17%-uk bár volt szűrésen, nem tudta megmondani az előző szűrővizsgálat eredményét.

⁶³ Szociális-, betegotthon, gyermekotthon.

⁶⁴ A 2008-as átlag fogvatartotti létszám 63,3%-a.

⁶⁵ A Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnoksága és az Országos Epidemiológiai Központ beszámolója alapján.

⁶⁶ Protocol for the implementation of the EMCDDA key indicator: Drug-related infectious diseases (DRID), draft version 6 October 2006, Project CT.04.P1.337

⁶⁷ Az elemzés során figyelembe kell venni, hogy a szerhasználó lehetséges, hogy a megelőző évi prevalencia vizsgálaton vett részt. A 2007-ben megszárt 567 esetből 141 főt (24,9%) ért el a 2008-as szűrés is.

A magát HCV fertőzöttnek valló 55 személy közül 49-nél igazolódott HCV pozitivitás a laboratóriumi vizsgálat során, öt esetben negatív, egy esetben kétes eredmény született. Az 55 fő közül 10 fő számolt be közös tűhasználatról az elmúlt 4 hétben, 15 fő volt azok száma, akik bármilyen injekciós segédeszközt megosztottak, annak ellenére, hogy tudták magukról, hogy hepatitis C pozitívak.

Összesen 209 szerhasználó mondta azt, hogy az előző szűrővizsgálat eredménye negatív volt, közülük 25 esetben pozitív szerológiai státusz került kimutatásra, egy esetben kétes volt a végeredmény. A 25 személy közül 24-en negálták a közös tűhasználatot, 19-en pedig negálták, hogy bármilyen injekciós segédeszközt megosztottak volna.

28. táblázat. A 2008-as HCV prevalencia vizsgálatban megszárt intravénás kábítószer-fogyasztók aránya az előző év során HCV szűrésen való részvétel szerinti bontásban

HCV szűrésen való részvétel az elmúlt 1 évben	HCV ellenanyag jelenlétére vizsgált személyek közül pozitív		
	száma	szám	%
	igen, pozitív lett	55	49
igen, negatív lett	209	25	12
igen, nem tudja az eredményt	54	16	29,6
nem volt	272	43	15,8
Összesen	590	133	22,5

Forrás: Országos Epidemiológiai Központ (Dudás et al. 2009); Nemzeti Drog Fókuszpont

A közös tű-, illetve eszközhasználattal kapcsolatos kérdésekre a szerhasználók 2,9%-a (17 fő), illetve 2,4%-a (14 fő) nem válaszolt. A válaszadók 14,6%-a (84 fő) mondta azt, hogy az elmúlt négy hétben kábítószer injekciójához közös tűt és/ vagy fecskendőket használt, és a megkérdezettek 24,6%-a (142 fő) válaszolta azt, hogy az injekciójához szükséges bármely eszközt megosztott az elmúlt hónapban. A közös tűhasználatot bevalló szerhasználók 26,2%-a, míg a bármely kábítószer injekciójához szükséges eszközt megosztó személyek 31%-a (44 fő) bizonyult HCV pozitívnak.

29. táblázat. A tű/fecskendőt, illetve egyéb injekciós segédeszközt megosztó intravénás szerhasználók aránya HCV fertőzöttség szerinti bontásban

Tű és/vagy fecskendő megosztása	HCV ellenanyag jelenlétére vizsgált személyek közül pozitív			Injekciós segédeszköz megosztása	HCV ellenanyag jelenlétére vizsgált személyek közül pozitív		
	száma	szám	%		száma	szám	%
megosztotta	84	22	26,2	megosztotta	142	44	31
nem osztotta meg	489	111	22,7	nem osztotta meg	434	89	20,5
Összesen:	573	133	23,2	Összesen:	576	131	22,7

Forrás: Országos Epidemiológiai Központ (Dudás et al. 2009), Nemzeti Drog Fókuszpont

Közös tű használatánál a fertőzöttségre vonatkozó esélyhányados 1,22 (95% CI: 0,69-2,15), bármely kábítószer injekciójához szükséges eszközt megosztó személyeknél az esélyhányados 1,78 volt (95% CI: 1,13-2,78). E szerint a közös tű/fecskendőt használóknak 1,22-szer nagyobb volt az esélye a HCV vírus akquirálására, mint azoknak, akik nem osztottak meg tű/fecskendőt. Mivel a 95%-os megbízhatósági határ magába foglalja az 1-et, így nincs bizonyíték arra, hogy a közös tű/fecskendő használata növelte a HCV vírus akquirálásának esélyét. Azoknak, akik bármely, a kábítószer injekciójához szükséges eszközt megosztottak 1,78-szor nagyobb volt a fertőződés esélye, mint azoknak, akik nem

osztották meg az injektáláshoz szükséges eszközöket. Mivel a 95%-os megbízhatósági határ nem foglalja magába az egyet, ezért azt mondhatjuk, hogy az eszközt megosztók nagyobb kockázatnak voltak kitéve a fertőződés szempontjából, mint azok, akik nem osztottak meg eszközt egymással.⁶⁸

Budapesti vizsgálat intravénás kábítószer-fogyasztók körében

A nem kezelési programból toborzott intravénás kábítószer-fogyasztók körében végzett kutatás⁶⁹ (Gyarmathy et al. 2008) során az derült ki, hogy a fertőzöttek többsége előtt nem volt ismert saját HCV pozitivitása. A szerológiai vizsgálatban és az interjúkn is résztvevő 185 fő 14,6%-a (27 fő) vallotta magát a vérvizsgálatot megelőzően HCV pozitívnak, a szerológiai eredmények azonban 69 főnél (37,3%) mutattak ki HCV pozitivitást. A 69 fő 61%-a (42 fő) nem tudta magáról a vizsgálatot megelőzően, hogy hepatitis C fertőzött.

A vizsgálat előtti elmúlt 30 napban az összes megkérdezett (215 fő) 93%-a (201 fő) mindig egyrészes fecskendőt⁷⁰ használt. Közülük 152 fő számolt be arról, hogy nem vett részt receptív tűmegosztásban, 26 fő részt vett receptív tűmegosztásban, azonban használat előtt mindig megtisztította a tűt, továbbá 23 fő részt vett receptív tűmegosztásban és azt nem mindig tisztította meg használat előtt. A teljes minta fennmaradó 7%-a (14 fő) legalább egyszer kétrészes fecskendőt⁷¹ használt.

Minden ötödik személy, a minta 20%-a, részt vett disztributív tűmegosztásban. A megkérdezettek nagy része (61%) megosztotta az injektáláshoz szükséges egyéb segédeszközöket (főzőedény, szűrő), és 27% nyilatkozott arról, hogy a kábítószer átfevcskendezte egyik fecskendőből a másikba.

Az elemzés során kimutatásra került, hogy a kétrészes fecskendő használat összefüggésben állt azzal, ha valaki tudta magáról, hogy hepatitis C fertőzött. Azonban kiemelendő, hogy a disztributív tűmegosztás nem korrelált az önbevallásos hepatitis C fertőzöttséggel, azaz azon intravénás szerfogyasztók, akik tudták magukról, hogy hepatitis C fertőzöttek, ugyanolyan valószínűséggel vettek részt disztributív tűmegosztásban, mint azok, akik negatívnak vallották magukat.

A kutatás további kockázatos magatartások előfordulását is vizsgálta a megkérdezettek körében ezek a változók voltak többek között az injektáló társak száma, a tetoválás⁷², a napi heroin injektálás, a legalább heti egyszeri amfetamin/ ecstasy/ kokain injektálás, továbbá az intravénás kábítószer-használat folyamatosága.

Az egyváltozós elemzés szerint ezen változók közül a napi heroin használat, és a folyamatos intravénás szerhasználat mutatott erős kapcsolatot azzal, hogy valaki hepatitis C fertőzöttnak vallotta magát.

A szerológiai vizsgálatban is résztvevők (185 fő) körében⁷³ hasonló arányok voltak megfigyelhetők receptív/ disztributív eszközmegosztás tekintetében.

⁶⁸ Az eredményeknél figyelembe kell venni, hogy az adatok bemondás alapján kerültek felvételre, feltételezhető, hogy a kliensek nem mindig vallották be a közös tű használatát, illetve használtak közös tűt, vagy bármely más eszközt, csak nem a szűrővizsgálat előtti négy hétben, amely a kérdőív megadott időintervallum volt.

⁶⁹ Részletes leírást és egyéb fertőzöttségi, szocio-demográfiai adatokat lásd: korábban ebben a fejezetben

⁷⁰ Egyrészes fecskendő = a tű és fecskendő nem különíthető el egymástól

⁷¹ Kétrészes fecskendő = a tű és a fecskendő elválasztható egymástól

⁷² Valaha, illetve 2003 előtt szerinti bontásban

⁷³ A szerológiai vizsgálatban a teljes minta (215 fő) 86%-a vett részt (185 fő), körükben szintén elemezték az egyes kockázati magatartások arányait, korrelációit.

30. táblázat. Kockázatos magatartások az intravénás szerfogyasztók körében hepatitis C fertőzöttség szerinti bontásban (N=185)

Kockázatos magatartások a vizsgált személyek körében	HCV ellenanyag jelenlétére vizsgált személyek		Ebből negatív		Ebből pozitív	
	száma	%	száma	%	száma	%
Egyrészes fecskendőt használ, és nem osztja meg receptíven	131	70,8	88	67,2	43	32,8
Egyrészes fecskendőt használ, megosztja receptíven, de tisztítva	22	11,9	16	72,2	6	27,3
Egyrészes fecskendőt használ, megosztja receptíven, nem tisztítva	19	10,3	7	36,8	12	63,2
Kétrészes fecskendőt használ	13	7	5	38,5	8	61,5*
Nem osztja meg a fecskendőt disztributívan	150	81,1	92	61,3	58	38,7
Megosztja a fecskendőt disztributívan	35	18,9	24	68,6	11	31,4

* $p < 0,05$ szignifikáns különbség
 Forrás: Gyarmathy et. al 2008

Az egyváltozós elemzés során a túmegosztás kombinált változója korrelált a hepatitis C szeropozitivitással. A többváltozós elemzés során megállapítható volt, hogy míg a receptíven megosztó de használat előtt az egyrészes fecskendőt mindig megtisztító intravénás szerhasználói magatartás nem mutatott összefüggést a hepatitis C fertőzöttséggel, addig a receptíven megosztó de használat előtt az egyrészes fecskendőt nem megtisztító szerhasználói magatartás erős kapcsolatban állt a HCV fertőzöttséggel. Azaz elmondható, hogy az egyrészes fecskendő használat előtti megtisztítása jelentősen csökkenti a megfertőződés kockázatát.

Bár a kétrészes fecskendő-használat és a HCV fertőzöttség között nem volt kimutatható kapcsolat a többváltozós elemzés során, azonban kiemelendő, hogy több mint 60% volt a fertőzöttek aránya a legalább egyszer kétrészes fecskendőt használók körében, illetve azok körében, akik receptíven megosztották az egyrészes fecskendőt és azt nem mindig tisztították meg használat előtt. Szemben ezzel, 30% körüli volt a fertőzöttségi arány azok körében, akik mindig egyrészes fecskendőt használtak és azt nem osztották meg receptíven, illetve azok körében, akik azt közös használat előtt megtisztították.

Az egyéb kockázati magatartások elemzése során csak a 2003 előtt szerzett tetoválás korrelált a hepatitis C szeropozitivitással. A megszürték 47,6%-a (88 fő) szerezte tetoválását 2003 előtt, körükben 45,5%-os (40 fő) volt a fertőzöttség, míg a 2003 előtt nem tetoválók körében (52,4%, 97 fő) a fertőzöttségi arány 29,9% (29 fő) volt.

Budapesti vizsgálat kezelésben nem részesülő problémás kábítószer-fogyasztók körében

Kezelésben nem részesülő problémás kábítószer-fogyasztók szűrően való részvételéről illetve kockázatos magatartásainak jellemzőiről egy másik budapesti kutatásból is állnak rendelkezésre információk, mely a roma és nem roma kezelésen kívüli intravénás használók körében vizsgálta az említett változókat (Márványkövi et al. 2008).⁷⁴ A kutatás során szerológiai vizsgálat nem történt. Az adatokat lásd: 4.2. fejezet.

Kockázatos magatartások a büntetés-végrehajtási intézetekben

⁷⁴ Módszertant lásd 4.2. fejezet

A bv. intézetekben zajló hepatitis C szűrőprogramhoz kapcsolódó kábítószer-használatot, illetve kockázati magatartásokat felmérő kutatás⁷⁵ (Nemzeti Drog Fókuszpont 2009a) során a valaha intravénás szerhasználó fogvatartottak körében azt is megkérdezték, hogy osztottak-e meg valaha tűt/ fecskendőt, illetve egyéb injektáláshoz szükséges segédeszközt. A minta 35,8%-a (53 fő) számolt be valaha történt tümegosztásról, közülük 11 fő (20,8%) volt HCV pozitív. Injektáló segédeszköz valaha történt közös használatáról a minta közel fele, 72 fő (48,6%) számolt be, körükben szintén 11 fő (15,3%) volt HCV fertőzött.

A tűt/fecskendőt illetve egyéb injektáló segédeszközt valaha megosztók körében magasabb volt arányaiban a hepatitis C fertőzöttség (20,8%, illetve 15,3%), mint a tűt/fecskendőt illetve egyéb injektáló segédeszközt nem megosztók körében (6,3%, illetve 7,9%).

31. táblázat. A HCV pozitív és negatív intravénás szerhasználó fogvatartottak megoszlása a tűt/ fecskendő illetve egyéb injektáló segédeszköz valaha történt megosztása szerinti bontásban (N=148)

HCV státusz	tű/fecskendő megosztása				injektáló segédeszköz megosztása			
	Igen		Nem		Igen		Nem	
	száma	%	száma	%	száma	%	száma	%
HCV pozitív	11	20,8	6	6,3	11	15,3	6	7,9
HCV negatív	42	79,2	89	93,7	61	84,7	70	92,1
Összesen	53	100	95	100	72	100	76	100

Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont 2009a

A vizsgálat során megkérdezték a kutatásban résztvevő összes fogvatartottat (intravénás és nem intravénás szerhasználókat egyaránt) arról, hogy rendelkeznek-e tetoválással, illetve hol szerezték utolsó tetoválásukat. A kérdésre 1143 fő válaszolt, közülük 46,8% (535 fő) rendelkezett tetoválással, amelyet az intézetbe kerülés előtt szerzett. 232 fő, a minta 20,3%-a utolsó tetoválását a börtönben szerezte, 376 főnek nem volt tetoválása. Akik intézetbe kerülés előtt szerezték tetoválásukat, azoknak 2%-a (11 fő) volt HCV fertőzött. Azon fogvatartottak körében, akik az intézeten belül tetováltak utoljára, 8 fő (3,4%) volt HCV fertőzött.

32. táblázat. A HCV pozitív intravénás szerhasználó fogvatartottak megoszlása az intézetbe kerülés előtt szerzett tetoválás, illetve az intézetben szerzett tetoválás szerinti bontásban

Tetoválás	Teljes minta		HCV pozitív személyek	
	száma	%	száma	%
van, az intézetbe kerülés előtt szerezte az utolsót	535	46,8	11	2
van, az intézetben szerezte az utolsót	232	20,3	8	3,4
nincs tetoválása	376	32,9	11	2,9
Összesen	1143	100	30	2,6

Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont 2009a

⁷⁵ A kutatás leírását, módszertanát lásd: korábban ebben a fejezetben.

6.2. A DROGFOGYASZTÁS EGYÉB EGÉSZSÉGÜGYI KÖVETKEZMÉNYEI

Közúti balesetek

2008-ban a Rendőrség 75 közúti baleset során vett vizeletmintát küldött az Országos Toxikológia Intézetbe további szakértői vizsgálatra, vezetési képességre hátrányosan ható szer szervezetben való jelenléte gyanújával, mivel az előszűrő teszt pozitív eredményt adott. A Toxikológiai Intézet a 75 mintából, 46 esetben állapított meg pozitivitást, amelyek közül 19 minta esetében vérben is bizonyítható volt a kábítószer jelenléte.

33. táblázat. *Kábítószer jelenléte a közúti balesetekből származó vizeletmintákban hatóanyag szerinti bontásban*

Hatóanyag	Esetek száma
THC	12
Amfetamin	4
Kokain	1
Morfin (Heroin)	6
Amfetamin + THC	9
Morfin (Heroin) + THC	1
MDMA + THC	2
MDMA	4
Morfin + amfetamin + THC	1
Benzodiazepin + barbiturát	1
Benzodiazepinek	5
Összesen	46
A vérben is bizonyítható volt	19

Forrás: Országos Toxikológiai Intézet

A várandósság alatti droghasználat hatása, magzati szindróma

A Nyíró Gyula Kórház Drogambulanciája által végzett éves szubsztitúciós adatgyűjtés kiegészült egy kérdéssel, így a 2008-as kezelésekkel kapcsolatban lekérdezésre került a kezelésben lévő várandós kismamák száma. 2008-ban szubsztitúciós kezelésben 183 nő részesült, közülük 3 fő volt várandós.

Kábítószer-mérgezési esetek

Az elmúlt évhez hasonlóan a 2008-as évben is a Péterfy Sándor utcai Kórház Klinikai Toxikológiai osztályán keletkezett adatokat⁷⁶ közöljük a kábítószer-mérgezési esetekkel kapcsolatosan.

Az elmúlt évekhez képest jelentős növekedés volt megfigyelhető az osztályon kezelték számában, 2008-ban 1692 főt kezeltek kábítószer, illetve szerves oldószer mérgezés miatt (2006-ban 670 fő, 2007-ben 672 fő), minden szer tekintetében emelkedés mutatkozott. Az

⁷⁶ Az adatgyűjtés problémáiról lásd Jelentés a magyarországi kábítószer helyzetről 2007 <http://drogfokuszpont.hu/?pid=96> (2009.10.20.)

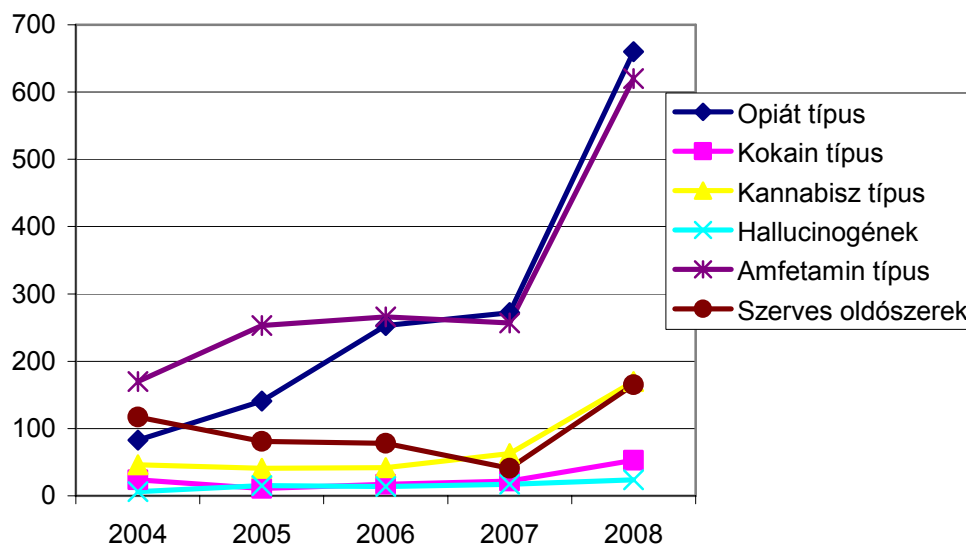
Az osztályon keletkezett adatokat az OSAP adatgyűjtés keretében gyűjti az Országos Addiktológiai Centrum. Az OSAP adatlap a következőképpen csoportosítja a különböző szereket: Opiát típusú szerek: ópium, heroin, morfin, egyéb opiátok, szintetikus kábító fájdalomcsillapítók, metadon, opiát külön megjelölés nélkül; kokain típusú szerek: kokain (só), kokain bázis (crack), kokain külön megjelölés nélkül; kannabisz típusú szerek: marihuána, hasis, kannabisz külön megjelölés nélkül; hallucinogének: LSD, hallucinogén külön megjelölés nélkül; amfetamin típusú szerek: amfetamin, metamfetamin, egyéb amfetamin (ecstasy, MDA, MDMA, MDE, MBDB, 4-MTA), amfetamin külön megjelölés nélkül.

elmúlt évhez képest másfélszeresével (98 fővel) emelkedett a heroin túladagolás miatt kezelték száma, a növekedés a férfiak esetében nagyobb volt. Metadon túladagolás 30 esetben fordult elő (10 férfi, 20 nő), ez ötszöröse a tavalyi értéknek. Az opiát típusú szerek okozta mérgezések egyharmada külön megjelölés nélküli, jellemzően dextrometorfánt tartalmazó köhögéscsillapító szerek túladagolásából, illetve azok alkohollal való együttes fogyasztásából adódó túladagolások, de a GHB okozta mérgezések⁷⁷ is ebben a kategóriában szerepelnek.

Az opiátok után a második leggyakrabban amfetamin típusú szereket adagoltak túl. A 2008-ban bekövetkezett amfetamin túladagolások száma közel kétszerese (2006-ban 58 este, 2008-ban 108 eset), az ecstasy túladagolások száma több mint háromszorosa (2007-ben 33 eset, 2008-ban 114 eset) az előző évinek. Az amfetamin típusú szereken belül magas (64,6%) a külön megjelölés nélküli esetek aránya. A toxikológiai osztály főorvosának tájékoztatása szerint itt sok esetben különféle szexuális élményfokozó készítmények, illetve kínai származású (efedrin tartalmú) gyógynövények túladagolásáról van szó. Az amfetamin típusú szereket a kannabisz típusú szerek követik, ezek esetében is jelentős emelkedés történt (2007-ben 63 eset, 2008-ban 170 eset). A szerves oldószerek okozta nem halálos túladagolások⁷⁸ számában is jelentős emelkedés mutatkozott, 2007-hez képest számuk megnégyszereződött (2007-ben 41 eset, 2008-ban 165 eset). A kokain típusú szerek miatti túladagolások száma szintén megduplázódott (2007-ben 22 eset, 2008-ban 53 eset), a legkisebb emelkedés a hallucinogén típusú szerek esetében történt (2007-ben 17 eset, 2008-ban 24 eset).

Az adatgyűjtés nem ad lehetőséget a visszaélészerű szerhasználat miatt bekövetkezett esetek leválogatására. Az időskori opiát és amfetamin típusú szerekkel kapcsolatos mérgezésekkel kapcsolatban fontos megjegyezni, hogy ezek jelentős része feltételezhetően orvosi javallatra alkalmazott szerekkel történik, egy részük nem is szándékos, hanem véletlen mérgezési, túladagolási eset.

37. ábra. 2004 és 2008 között a Péterfy Sándor utcai Kórház Klinikai Toxikológiai osztályán drog-mérgezés miatt kezelték száma



Forrás: OSAP 1627, illetve EüM (ESzCsM) 1211. sz.

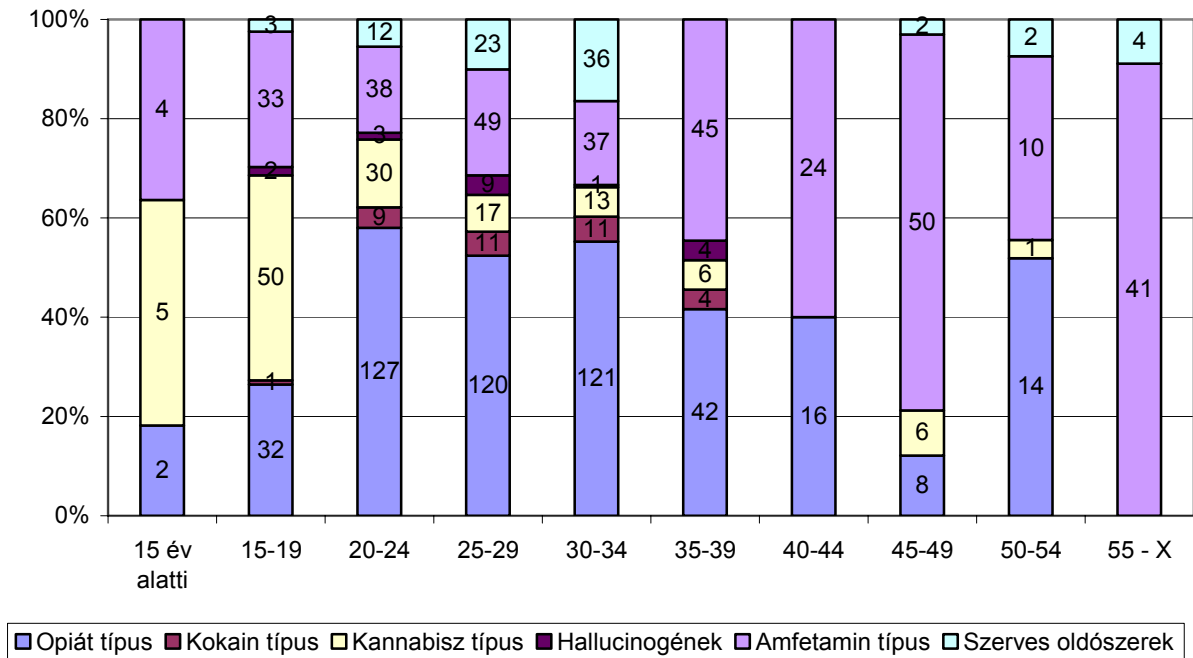
Az életkori megoszlásokat vizsgálva megállapítható, hogy a férfiak körében a 20-24, 25-29 és 30-34 éves korcsoportban közel azonos számú mérgezési eset történt (219, 229, illetve

⁷⁷ Az OSAP adatlap nem tartalmazza a GHB-t

⁷⁸ Ezen esetek bármely illékony anyaggal kapcsolatos mérgezési eseteket tartalmazzák, nem kizárólag a visszaélészerűen használt szereket

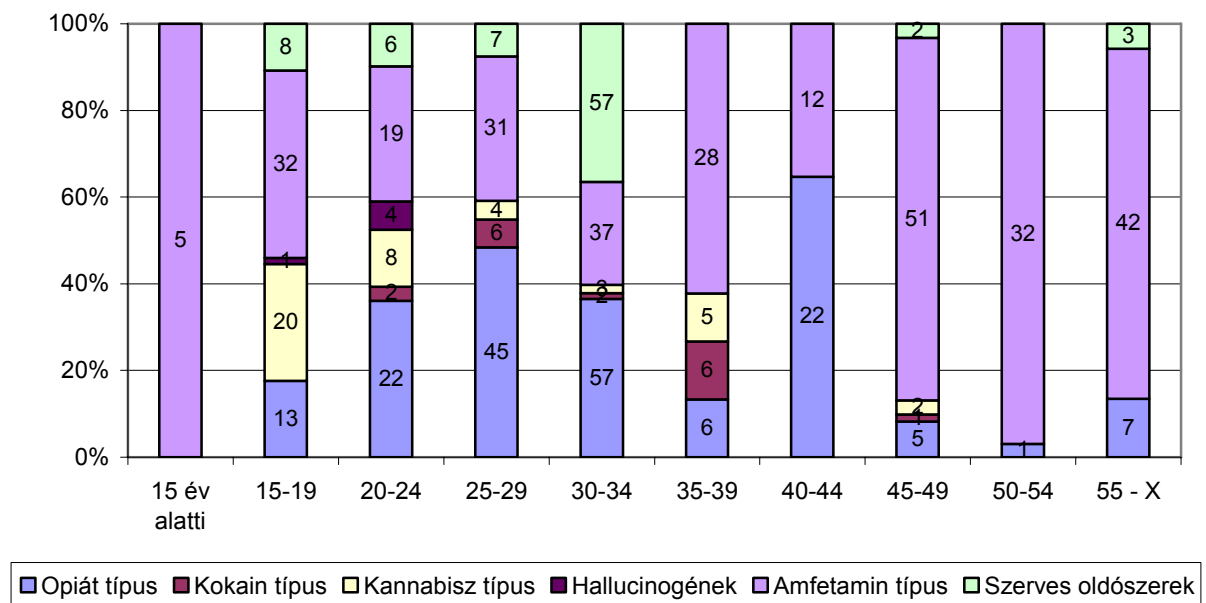
219 eset). A nők körében kiemelkedik a 30-34 éves korosztály, az ő körükben történt az esetek negyede (156 eset), őket a 25-29 éves korcsoport követi (93 eset), majd a 15-19 évesek (74 eset). A metadon, a hasis és a külön megjelölés nélküli amfetamin típusú túladagolásokat kivéve minden szer esetében a férfiak körében történt több eset.

38. ábra. A Péterfy Sándor utcai Kórház Klinikai Toxikológiai osztályán drog-mérgezés miatt kezelt férfiak esetében a szerek megoszlása korcsoport szerint (N=1078)



Forrás: OSAP 1627, illetve EüM (ESzCsM) 1211. sz.

39. ábra. A Péterfy Sándor utcai Kórház Klinikai Toxikológiai osztályán drog-mérgezés miatt kezelt nők esetében a szerek megoszlása korcsoport szerint (N=614)



Forrás: OSAP 1627, illetve EüM (ESzCsM) 1211. sz.

Túladagolásokkal kapcsolatos tapasztalatok intravénás drogfogyasztók körében

A Baptista Szeretetszolgálat felmérést végzett (Miletics 2008)⁷⁹ az Utcafont megkereső program látókörébe került intravénás kábítószer-használók körében azzal a céllal, hogy felmérjék a túladagolással kapcsolatos tapasztalatokat, ismereteket és véleményeket, illetve a kábítószer-használat bizonyos kockázati jellemzőit.

A megkérdezettek többsége 8-15 éve használt kábítószereket. A válaszok szerint több mint 50 főnek volt már túladagolása és több mint 75 fő élete során legalább egyszer részese volt túladagolásoknak, többségük már többször is. Közülük többen állították, hogy ismerőseik körében halálos kimenetelű túladagolás is volt már.

50 fő gondolta úgy, hogy túladagolás esetén a sós oldat intravénás fecskendezése a megoldás. Közülük többen említették, hogy a „hidegvíz”, a „fürdetés”, vagy a „verés” és a „pofozás” is hasznos lehet. 30 fő szerint túladagolás esetén egyértelműen a mentők kihívása a megoldás. Közülük a legtöbben tudják, hogy gondoskodni kell a szabad légutakról és valamiféle oldalra fektetés, újraélesztés is szükséges. A megkérdezettek közül 18-an nem tudják, hogy ilyenkor mit kellene tenni és mindössze 2 fő rendelkezett pontos ismeretekkel: „biztosítom a légutakat, oldalfekvésbe helyezem és értesítem a mentőket”.

A felmérés során a szerek együttes fogyasztását kérdezték, mint kockázati magatartást. 34-en nyilatkoztak úgy, hogy a heroint az egyéb illegális, vagy legális drogokkal együtt sosem használják. A többiek, 66 fő a heroint leggyakrabban nyugtató és altató hatású legális gyógyszerekkel, illetve az alkohollal kombinálja rendszeresen. A válaszok között megjelent a heroin és a speed, majd a heroin és a kokain kombinációk, mindez ecstasy és marihuána kiegészítésével.

Arra a kérdésre, hogy részt venne-e egy olyan képzésen, ahol tudását, ismeretét bővíthetné a túladagolásról és annak elkerülésének lehetőségeiről a 100 főből 70 válaszolta, hogy szívesen venne részt egy ilyen képzésen.

6.3. DROGFOGYASZTÁSSAL ÖSSZEFÜGGŐ HALÁLESETEK ÉS HALANDÓSÁG A DROGFOGYASZTÓK KÖRÉBEN

A magyarországi kábítószer használattal összefüggő halálozás adatgyűjtése 2008. évben is az Országos Statisztikai Adatgyűjtési Program keretében készült jelentések alapján történt. Az adatok korrigálását az Országos Igazságügyi Orvostani Intézet végezte el. Az adatokat az Igazságügyi Orvosszakértői Intézetek, és az Egyetemek Igazságügyi Orvostani Intézetei szolgáltatták. Drogfogyasztással összefüggő halálozáson egyrészt a direkt mérgezés, vagyis közvetlen túladagolás eseteit; másrészt a közvetett droghasználattal összefüggésbe hozható erőszakos vagy természetes okú halálozást értjük.

Közvetlen túladagolás okozta halálesetek

Országos adatok

Az előző évekhez képest 2008-ban lényegében nem változott az illegális szerhasználat miatt elhunytak száma (2006-ban 25 eset, 2007-ben 25 eset). 2008-ban a túladagolások szinte kizárólag heroin használattal összefüggésben következtek be. Budapesten kívül, csak Szegeden (3 eset) és Miskolcon (4 eset) regisztráltak halálesetet. Két haláleset fordult elő metadon használattal összefüggésben, mindkét esetet Miskolcra jelentették. Budapestről 2008-ban kizárólag heroin fogyasztással összefüggő közvetlen túladagolásokat jelentettek.

⁷⁹ A megkérdezett 117 intravénás kábítószer-fogyasztó közül 100 fő adott értékelhető válaszokat. Az adatgyűjtés a Szeretetszolgálat által szerkesztett rövid kérdőív segítségével történt 2008. márciusa és novembere között.

34. táblázat. *Drogfogyasztással összefüggő direkt halálesetek száma 2008-ban*

	Férfi	Nő	Összesen
Heroin	17	6	23
Metadon	1	1	2
Morfin	1	0	1
Egyéb opiát	0	0	0
Hallucinogén	0	0	0
Amfetamin származékok	0	0	0
Ecstasy (MDA, MDMA, MDE, MBDB, 4-MTA)	0	1	1
Kokain	0	0	0
Illegális szer összesen	19	8	27
Szerves oldószer	6	3	9
Nyugtató-altató	72	87	159
Politoxikománia	10	12	22
Illegális és legális összesen	107	110	217

Forrás: Országos Igazságügyi Orvostani Intézet

A Budapesten heroin túladagolásban elhunyt férfiak átlagéletkora 29,7 év volt (legfiatalabb 21 éves, legidősebb 42 éves), a nők esetében 30,8 év (legfiatalabb 22 éves, legidősebb 43 éves). Heroin túladagolás miatt bekövetkezett halálesetekben az átlagéletkor folyamatosan nő. Fiatalkorú heroin túladagolt eset 2008-ban nem fordult elő.

A budapesti halottak esetében lehetőség nyílt megvizsgálni, hogy az elhunytak az elmúlt években megfordultak-e valamilyen kezelési ellátásban. A 20 budapesti heroin túladagolásban elhunyt személy közül 8 szerepelt a TDI adatbázisban, vagyis 2005 és 2008 között megfordul valamilyen kezelőhelyen. 7 elhunyt esetében heroin volt az elsődleges szer a kezelésbe kerülés idején, 4-en aktív intravénás használók voltak.

Az elhunytak első szerhasználatának életkorát vizsgálva megállapítható, hogy az elsődlegesen heroin miatt kezelték az első szerhasználat után átlagosan 11 évvel haltak meg túladagolásban.

35. táblázat. 2005 és 2008 között kezelésben megjelent, 2008-ban heroin túladagolásban Budapesten elhunyt személyek jellemzői

	nem	életkor	elsődleges kábítószer	Kezelés kezdete ⁸⁰	beutaló szerv	korábbi kezelés	életkor elsődleges szer használatának kezdetekor
1.	Férfi	27	heroin	2007	Saját maga	Korábban már kezelték	17
2.	Férfi	31	heroin	2006	Saját maga	Nem ismert	18
3.	Férfi	22	heroin	2007	Hatósági beutalás	Soha	16
4.	Nő	33	heroin	2005	Hatósági beutalás	Korábban már kezelték	18
5.	Férfi	23	heroin	2007	Másik kábítószer kezelőhely	Soha	16
6.	Férfi	37	heroin	2008	Hatósági beutalás	Korábban már kezelték	24
7.	Férfi	33	heroin	2005	Családi- / baráti kör	Korábban már kezelték	20
8.	Férfi	26	kannabisz	2005	Szociális ellátás	Korábban már kezelték	16

Forrás: OAC TDI adatgyűjtés, SE

A 2008-as évben nagy figyelmet keltett az augusztusban halmozottan előforduló kábítószer halálozás. Összesen 9 halott volt: 7 Budapesten, 2 Miskolcon. 2008. augusztus 2.-án történt az első, 2008. augusztus 10.-én az utolsó haláleset.

36. táblázat. Az augusztusban történt budapesti halálesetek jellemzői

Sorsz.	Halálok	Alkoholos befolyásoltság	Szer-használat	Halál helye
1.	heroin túladagolás	enyhe	7 év	XIII. ker.
2.	heroin túladagolás	negatív	n.a.	III. ker.
3.	heroin túladagolás	enyhe	2 év	III. ker.
4.	heroin túladagolás	negatív	12 év	XIII. ker.
5.	heroin + kokain + amfetamin + metadon + tramadol + ketamin + karbamazepin	negatív	n.a.	XI. ker.
6.	heroin túladagolás	negatív	n.a.	X. ker.
7.	heroin túladagolás	enyhe	15 év kábítószer-használat, 5 éve intravénás heroin	XIII. ker.

Forrás: SE

A vizsgálatok után megállapítható volt hogy:

- Az augusztusi halálesetek sem demográfiai, sem toxikológiai szempontból nem tértek el a szokásos budapesti droghalálozástól, valószínűsíthető, hogy csak véletlen halmozódásról volt szó
- A droghalálozások száma 2008-ban nem tért el számottevően a 2007-es vagy 2006-os adatoktól

A heroin okozta halálozás szoros összefüggést mutat a tiszta heroin koncentrációjával, s valószínűsíthetően a halmozottan előforduló halálesetek egy része is ennek tulajdonítható.

⁸⁰ A TDI adatgyűjtés 2005 óta működik, a kezelésben megjelent új eseteket rögzíti. A 2005 előtti kezelési eseményekről nincs információnk. A TDI adatgyűjtésről bővebben lásd 5. fejezet.

A nyugtató-altató szerek okozta túladagolások száma a boncolások arányához képest változatlan maradt az előző évekhez viszonyítva. A szerves oldószerek okozta haláleseteket tekintve emelkedés volt tapasztalható az elmúlt évhez képest, de a 2008-as esetek száma nem éri el a 2006-ban megfigyeltet (2006-ban 11 eset, 2007-ben 2 eset). A 2008-ban jelentett 9 szerves oldószerezrel kapcsolatos haláleset közül 8-at jelentettek Debrecenből, 1-et Budapestről. A 2008-as évben butángáz okozta halálozás nem fordult elő.

Nyugtató-altató mérgezés kapcsán elhunytak között az esetek közel 60%-át az 50 év alatti korosztály képviseli, míg az esetek 40%-ban 50 év feletti személyek hunytak el. A legális szerek okozta mérgezések az életkor előrehaladtával emelkedő tendenciát mutatnak. Mind a férfiak, mind a nők körében Budapesten volt a legmagasabb a halálozás.

Közvetett (indirekt) kábítószer-fogyasztással összefüggő halálozás

Közvetett halálesetek közé azokat az eseteket soroljuk, amelyek nem direkt túladagolás miatt következtek be, azonban erőszakos halál miatt a 34/1999 (IX.24) BM-EüM-IM rendelet értelmében hatósági boncolásra kerülnek. Közvetett kábítószer-fogyasztással összefüggésben bekövetkező haláleseteket csak Budapestről jelentettek.

37. táblázat. *Közvetett drogfogyasztással összefüggő halálesetek az erőszakos halálesetekben belül Budapesten*

	férfi	nő	összesen
opiát	1	1	2
kokain	1	0	1
kannabisz	0	0	0
amfetamin	4	0	4
összesen	6	1	7

Forrás: Országos Igazságügyi Orvostani Intézet

Az opiát és amfetamin típusú anyagok részben idegenkezű cselekményeknél, részben közlekedési baleset során voltak detektálhatók.

A 2008-as évben természetes okú megbetegedések során két esetben találtak illegális drogot a vérben, az alapbetegség szívkoszorúverőér betegség ill. főérbillentyű elváltozás volt.

Halandóság és a halálokok a drogfogyasztók körében

Nincs adat.

Következtetések

A 2006-ban 300 intravénás kábítószer-fogyasztó, 2007-ben 567 intravénás kábítószer-használó, 2008-ban 590 intravénás szerhasználó célzott HIV vizsgálata alapján nagy valószínűséggel megállapítható, hogy a hazai intravénás kábítószer-használók populációjában a korábbi évekhez hasonlóan nagyon alacsony lehet a HIV-fertőzöttek száma. A drogambulanciákon kezelt, illetve a tűcsere szolgáltatást igénybevevő intravénás szerhasználók körében 2006-ban 28,9%-os, 2007-ben 25,7%-os, 2008-ban 22,6%-os HCV prevalencia értéket mértünk. A 2007. és 2008. években mért prevalencia értékek különbsége nem szignifikáns a $0,1 < p < 0,2$ szinten. Amennyiben a 2006. és 2008. években mért értékek különbségét vesszük, a különbség szignifikáns a $p < 0,001$ szinten. A 2008. évben mért prevalencia érték 2006-hoz viszonyított szignifikáns csökkenése többek között annak köszönhető, hogy egyre több vidéki drogambulancia szolgáltat mintát a vizsgálat számára,

és a vidéki mintákban számottevően alacsonyabb a HCV-fertőzött szerhasználók száma, amely csökkenti az országos prevalencia értéket.

Budapestet tekintve további adatok is rendelkezésre állnak az országos prevalencia vizsgálat fővárosi részadatai mellett. A két budapesti szubsztitúciós programban résztvevő valaha intravénás kábítószer-fogyasztó kliensek körében 23,1%-os volt a HCV prevalencia. Egy 2006-os vizsgálat során a nem kezelési programból toborzott intravénás kábítószer-fogyasztók körében nem fedeztek fel HIV pozitív esetet, azonban a HCV fertőzöttség 37,3%-os volt.

A 2008-ban megszürt 2618 fogvatartott körében 77 főnél (2,9%) mutattak ki HCV pozitivitást. 1166 fő esetében rendelkezésre állt adat a kábítószer-fogyasztói múlt, illetve a kockázati magatartásokra vonatkozóan. 148 fogvatartott használt már életében intravénás kábítószer, körükben 11,5%-os volt a fertőzöttség.

A kockázatos magatartások feltérképezése során kiderült, hogy az országos szűrővizsgálatban résztvevők 53,9%-a⁸¹ vett részt a vizsgálat előtti egy évben HCV szűrésen és 54,2% HIV szűrésen. A szerhasználók 14,6%-a mondta azt, hogy az elmúlt négy hétben kábítószer injekálásához közös tűt és/ vagy fecskendőt használt, 24,6% válaszolta azt, hogy az injekálásához szükséges bármely eszközt megosztotta az elmúlt hónapban.

A nem kezelési programból toborzott intravénás kábítószer-fogyasztók körében végzett kutatás során az derült ki, hogy a fertőzöttek 61%-a előtt nem volt ismert saját HCV pozitivitása. A megkérdezettek 23%-a osztotta meg receptíven a tűt/fecskendőt, a minta 20%-a disztributívan is megosztotta azt. 61%-a a mintának megosztotta az injekálásához szükséges segédeszközöket.

A valaha intravénásan szert használó fogvatartottak 35,8%-a osztotta meg már életében a tűt/fecskendőt, 48,6%-uk pedig osztott már meg bármilyen injekálásához szükséges eszközt.

Budapesten a drog-mérgezések miatt kezelésre szorulóknak számában minden szer tekintetében jelentős növekedés volt megfigyelhető az elmúlt évekhez képest. 2008-ban is opiát típusú szerek túladagolás miatt kerültek a legtöbben kórházba, számuktól azonban nem sokkal marad el az amfetamin típusú szerek okozta mérgezések száma. A legnagyobb (négyeszeres) növekedés a metadon, a marihuána és a szerves oldószerek okozta mérgezési esetek számában volt megfigyelhető.

A kábítószer-fogyasztással közvetlen összefüggő halálesetek számában lényeges változás nem történt az elmúlt évekhez képest. A 2008-ban jelentett halálesetek 85%-a heroin túladagolás miatt következett be. Budapesten kívül, csak Szegeden (3 eset) és Miskolcon (4 eset) regisztráltak halálesetet.

⁸¹ Az elemzés során figyelembe kell venni, hogy a szerhasználó lehetséges, hogy a megelőző évi prevalencia vizsgálaton vett részt. A 2007-ben megszürt 567 esetből 141 főt (24,9%) ért el a 2008-as szűrés is.

7. VÁLASZOK A DROGFOGYASZTÁS EGÉSZSÉGÜGYI VONATKOZÁSAIRA ÉS KÖVETKEZMÉNYEIRE⁸²

Háttér, Előzmények

2008-ban létrejött egy - a Nemzeti Drog Fókuszpont honlapjáról elérhető - adatgyűjtő internetes felület, így ez volt az első év, amikor a szolgáltatók ezen az oldalon keresztül tölthették fel a túcserére vonatkozó forgalmi adatokat. Az oldal célja: az adatszolgáltatás egyszerűsítése, minőségének / pontosságának fejlesztése, a begyűjtött adatok könnyebb kezelhetősége, az előző évek adatainak áttekinthetősége az egyes szervezetek által, saját felhasználói oldalainon.

7.1. DROGFOGYASZTÁS OKOZTA HALÁLESETEK MEGELŐZÉSE

A 2008 augusztusában történt heroin túladagolás miatt bekövetkezett 9 halálesetre (bővebben lásd 6.3 alfejezet) válaszul a Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság szakértők és az érintett tárcák együttműködésében részletes javaslatcsomagot dolgozott ki és fogadott el a túladagolások hosszabb távú megelőzése érdekében. Szintén ezen esetek kapcsán a Társaság a Szabadságjogokért "Megelőzhető halálesetek" címmel szemináriumot szervezett⁸³, amelyen hazai, illetve külföldi szakemberek vitatták meg a heroin-túladagolások megelőzésének kérdéseit, tapasztalatait. Az előadások és a kerekasztalbeszélgetés során szó esett többek között a halálesetek körülményeiről, a metadon és suboxone programokról, a droghasználók naloxonnal való ellátásáról, és a számukra nyújtott elsősegély tanfolyamokról. A résztvevők megvitatták a naloxon-programok hazai bevezetésének lehetőségeit és korlátait. A naloxon jelenleg minden mentőautóban elérhető, azonban a szabályozás szerint csupán szakorvos adhatja be, a készítmény OEP támogatásban nem részesül, drogfogyasztók számára hazavihető formában nem elérhető.

⁸² A fejezet szerzője: Nadas Eszter, Oberth József, Tarján Anna

⁸³ <http://drogriporter.hu/node/1123> (2009.10.20.)

7.2. DROGFOGYASZTÁSSAL ÖSSZEFÜGGŐ FERTŐZŐ BETEGSÉGEK PREVENCIÓJA ÉS KEZELÉSE

Prevenció

Tűcsere programok

Tűcsere programok működtetésével 2008-ban 18 szolgáltató foglalkozott, amelyek közül 4 található Budapesten, 14 vidéken. 3 vidéki városban – Salgótarjánban, Kaposváron és Orosházán – indult új tűcsere program 2008-ban, ezzel is javítva a vidék tűcsere-szolgáltatásokkal való jobb lefedettségét.

3. térkép. Tűcsere szolgáltatók 2008-as országos megoszlása



Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont

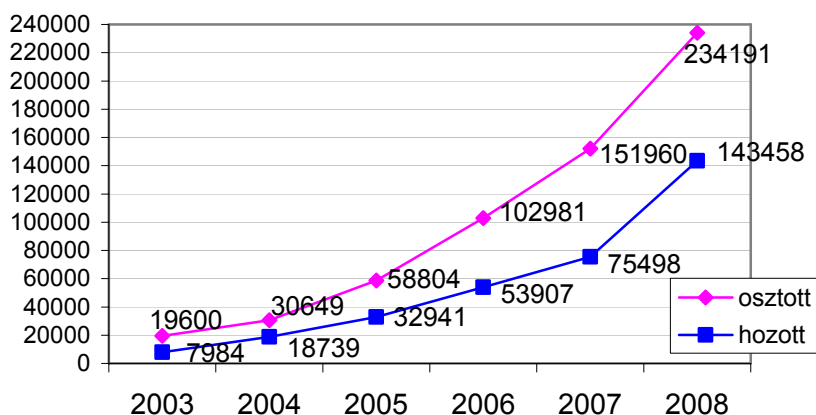
Állandó telephelyű programokat 2008-ban a tavalyi 9 szervezet helyett idén 10 szervezet működtetett, ebből 2 budapesti és 8 vidéki volt. A szegedi Dél-Magyarországi Ártalomcsökkentő Társaság 2008-ban az előző évvel ellentétben nem rendelkezett állandó telephelyű programmal (utcai megkereső programjuk továbbra is működött), azonban két új vidéki szervezet kezdte meg működését. Az egyik a miskolci Drogambulancia Alapítvány, amely idáig csak tűcsere automatát működtetett, a másik a Salgótarjáni Kistérség Többcélú Társulás Kistérségi Szociális és Gyermejkölési Szolgáltató Központ, amely szintén 2008-ban kezdte meg fix telephelyű programját. Emellett két vidéki szervezet 1-1 újabb városban (Orosháza – MI-ÉRTÜNK Prevenációs és Segítő Egyesület; Kaposvár - INDIT Közalapítvány Tükör Somogy Megyei Drogambulancia és Kaposvár Szenvedélybetegek Nappali Ellátója) is elindította állandó telephelyű programját, így elmondható, hogy 2008-ban, a fővárosban és 9 vidéki városban működött állandó telephelyű program.

A 12 program keretében összesen kiosztott injektorok⁸⁴ száma 234 191 db volt, amely az előző évhez képest 54%-os emelkedést jelent. A behozott fecskendők száma 143 458 volt, amely szintén jelentős – 90%-os növekedést mutat az előző évhez képest. A változás elsősorban a két budapesti szervezetnek köszönhető. A Drogprevenációs Alapítvány idén 66%-al több injektort osztott ki, és 123%-al nőtt a behozott fecskendők száma, amelynek

⁸⁴ Injektor: tű+fecskendő

hátterében az áll, hogy szemben 2007-tel, ebben az évben a szervezet nem küzdött forráshiánnyal. A Kék Pont Alapítvány közel másfélszer annyi injektort osztott ki 2008-ban, mint az azt megelőző évben, továbbá 60%-al több injektort hoztak vissza klienseik 2007-hez képest. Az adatok hátterében áll a növekvő kontakt és kliensszám, továbbá a 2007-es forráshiány és az ideiglenes bezárás is oka lehet a 2008-ban megfigyelt emelkedő tendenciának.

40. ábra. Az állandó telephelyű tűcsere programokban az osztott és a hozott injektorok száma 2003-2008 között



Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont

A fix telephelyen megforduló kliensek száma nőtt, bár nem olyan számottevően, mint az előző évek során, 2008-ban csak 5%-os volt a növekedés (1333 főről 1407 főre). A kontaktok száma szintén csak csekély mértékben emelkedett, szinte ugyanolyan arányban, mint a kliensek száma.

Az automatáknál tavaly 11%-kal csökkent az eladott fecskendők mennyisége, a hozott+gyűjtöttek száma közel ugyanannyi volt 2008-ban, mint 2007-ben. Egyrészt csökkenő tendencia figyelhető meg a miskolci tű automata esetében, ennek a hátterében valószínűleg az állhat, hogy többen a 2008-ban beindult állandó telephelyű, illetve mobil program szolgáltatásait veszik igénybe. Másrészt a Nyíró Gyula kórház által működtetett tű automatából is kevesebb injektor fogyott 2007-hez képest. Ennek magyarázatául szolgálhat az, hogy a budapesti állandó telephelyű szervezetek jelentősen több injektort osztottak ki 2008-ban. Valószínűsíthető, hogy Budapesten így többen a tű automata helyett más úton jutottak steril tűhöz – állandó telephelyű programoktól, vagy más intravénás szerhasználótól kapták azt.

Mobil tűcserét a 2007-es 4 szervezethez képest 2008-ban csak 2 szervezet folytatott, 1 budapesti és 1 vidéki. Azonban a kiosztott, illetve hozott+gyűjtött injektorok száma 2008-ban 16%-kal nőtt. A budapesti Baptista Szeretetszolgálat több mint 2000-rel több injektort osztott ki, illetve gyűjtött be. Kontaktszámuk ugyan csökkent, de 2008-ban 34 fővel nőtt klienseik száma. 2008-ban indult el a miskolci Drogambulancia Alapítvány mobil programja is, amely Miskolc mellett a környező településeken (Ózd, Tiszaújváros) is folytat tűcserét.

A rejtett intravénás kábítószer-fogyasztók elérését és számukra tűcserét leginkább lehetővé tévő utcai megkereső programok száma 11-re nőtt 2008-ban (Budapesten 4, vidéken 7 program). A Baptista Szeretetszolgálat 2008-tól 2 utcai megkereső programot működtet, az egyiket Pesten a másikat Budán (eddig egy ilyen programjuk volt egész Budapestre

kiterjedően), amelyre az egyre inkább kiterjedt klienskörük miatt volt szükség. Továbbá a MI-ÉRTÜNK Prevenció és Segítő Egyesület 2008-tól Békéscsaba mellett, Orosházán is elindította utcai megkereső programját.

Az utcai programok keretében országosan 19 993 db injektor került kiosztásra, amely a tavalyi csökkenő tendencia után újra növekedést eredményezett. Hasonló arányban nőtt a hozott+gyűjtött injektorok aránya is. A növekedés egyrészt köszönhető a Baptista Szeretetszolgálatnak, ahol szerepet játszik az, hogy most már két programot működtetnek, másrészt a szegedi Dél-Magyarországi Ártalomcsökkentő Társaságnak, amely közel 3000 injektorral többet osztott ki és 2000-re több használt injektort gyűjtött össze.

A kliensek száma tovább csökkent, 32%-os volt a csökkenés, ennek azonban egyik gyakorlati magyarázó oka az, hogy a Kékpont sok kliense már az állandó telephelyű programban is részt vesz, ezért ők az alatt a programtípus alatt vannak regisztrálva. A kontaktok száma 63%-kal csökkent 2008-ban, ez jórészt a Baptista Szeretet Szolgálat adatainak tudható be, ahol a kapacitások átrendeződése, illetve az önkéntesek hiánya miatt csökkent az előző évi nagyon magas kontaktszám.

38. táblázat. *Tűcsere programok injektor- és kliensforgalmi adatai 2004-2008 között*

	Fix telephelyű	Mobil tűcsere	Utcai megkereső	Tű-automata	Összesen
2004					
osztott	30649	2870	38742	7510	79771
hozott (+gyűjtött)	18739	2370	21384	65	42558
becserélési arány	61,1%	82,6%	55,2%	0,8%	53,4%
kliensek száma	561	82	471	-	1114
kontaktok száma	3665	1590	1007	-	6262
2005					
osztott	58804	5500	20823	20263	105390
hozott (+gyűjtött)	32941	3722	15343	496	52502
becserélési arány	56,0%	67,7%	73,7%	2,4%	49,8%
kliensek száma	440	131	388	-	959
kontaktok száma	5172	2148	1380	-	8700
2006					
osztott	102981	16689	22763	22090	164523
hozott (+gyűjtött)	53907	14789	12613	1002	82311
becserélési arány	52,3%	88,6%	55,4%	4,5%	50,0%
kliensek száma	900	232	636	-	1768
kontaktok száma	6013	3117	1758	-	10888
2007					
osztott	151960	16885	17687	27242	213774
hozott (+gyűjtött)	75498	16848	11787	1180	105313
becserélési arány	49,7%	99,8%	66,6%	4,3%	49,3%
kliensek száma	1333	145	541	-	2019
kontaktok száma	14570	3158	10239	-	27967
2008					
osztott	234191	19567	19993	24347	298098
hozott (+gyűjtött)	143458	19148	12889	1174	176669
becserélési arány	61,3%	97,9%	64,5%	4,8%	59,3%
kliensek száma	1407	170	367	-	1944
kontaktok száma	15349	1641	3786	-	20776

Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont

A 2008-as év folyamán a szolgáltatók összesen 298 098 fecskendőt osztottak ki, a hozott+gyűjtött fecskendők száma 176 669 darab volt. (Ebbe beleértendő a tűcsere automaták által adott, és az automaták mellett elhelyezett gyűjtőedénybe dobott fecskendők száma is). A cserélési arány 2008-ban 59%-os volt.

Az adatok alapján elmondható, hogy mind a hozott+gyűjtött, mind az osztott fecskendők számát tekintve tovább folytatódott a növekvő tendencia. 2008-ban, 2007-hez képest 40%-kal több fecskendő osztottak ki a szolgáltatók, a hozott és gyűjtött fecskendők száma pedig közel 70%-os emelkedést mutat. A növekvő trendben elsősorban az állandó telephelyű programokban kiosztott / begyűjtött fecskendők számának jelentős emelkedése játszik szerepet.

Azonban, ezzel a tendenciával ellentétben, csökkent mind a kliensek, mind a kontaktok száma. Lehetséges, hogy sok kliens egyszerre sokkal több fecskendő vizs el / hoz vissza, továbbá, hogy megnőtt a másodlagos tűcsere aránya, azaz egyre többen vannak azok a kliensek, akik injektáló társaiknak is visznek fecskendő, nem csak saját használatra.

Ezt támasztja alá az az adat is, hogy az egy főre jutó kiosztott injektorok száma 141-re (2007: 92 db), az egy kontaktra jutó pedig 13-ra (2007: 7 db) emelkedett. Ez a tendencia megfigyelhető a behozott / gyűjtött injektorok esetében is: 2008-ban az egy főre jutó 'hozott+gyűjtött' injektorok száma 90 darab volt (2007: 52 db), míg az egy kontaktra jutó 8 darab (2007: 4 db).

A különböző típusú tűcsere szolgáltatások igénybevételének felmérése is része volt egy 2008-ban készült kutatásnak (Márványkövi et al. 2008)⁸⁵, amelyben a vizsgált populáció a roma és nem roma kezelésen kívüli intravénás szerhasználók voltak. Az adatokat lásd: 4.2. fejezet.

Magyarország legnagyobb kliensforgalmú tűcsere programjában⁸⁶ a kliensek szerhasználati mintázatainak vizsgálatára (Csák 2009) került sor 2008 folyamán. Az adatokat lásd: 12.1. fejezet.

Védőoltás

2008-ban a Drogprevenációs Alapítvány a szervezetüknél történt kampányszűrést (lásd: 6.1 fejezet) követően felajánlotta a tűcsere programban résztvevő kliensek számára az ingyenes hepatitis B vírus elleni védőoltás lehetőségét. A védőoltás, amelyet az alapítvány az ÁNTSZ Fővárosi Intézetével együttműködve szervezett meg, a tűcsere-program helyszínén volt elérhető a kliensek számára. 24 kliens igényelte az oltást. (A második ismétlődő oltáson 17 fő vett részt, a harmadik ismétlődő oltáson 7 fő. Az 1985 után születetteket már általánosan beoltották 14 éves korukban.)

Tanácsadás, szűrővizsgálatok

A 2008. szeptember 15. és december 31. között az Országos Epidemiológiai Központ által szervezett HIV/HBV/HCV kampányszűrés⁸⁷ során a mintát adó 590 intravénás kábítószer-fogyasztóval közölték a vizsgálati eredményeket a 18 résztvevő drogambulancia, illetve tűcsere program dolgozói. Pozitív vizsgálati eredmény esetén megfelelő információval látták el a HBV, HCV fertőzött személyeket arról, hogy mit tehetnek a fertőzés terjedésének megakadályozása érdekében és hova fordulhatnak további orvosi gondozásba vétel céljából.

2008-ban a MÁTRIX Közhasznú Alapítvány közreműködésével 320 főt szűrtek meg hepatitis C vírusra két budapesti szubsztitúciós programban (szűrési eredmények lásd: 6.1 fejezet). A

⁸⁵ A módszertant és a kutatás részleteit lásd 4.2 fejezet.

⁸⁶ A Kék Pont Drogkonzultációs Központ és Alapítvány tűcsere programja

⁸⁷ A 2008-as vizsgálat eredményeit lásd: 6.1. fejezet.

kiszűrt egyének utána a kezeléssel kapcsolatosan tájékoztató előadáson vettek részt, illetve akik a kritériumoknak megfeleltek, megkezdhették az antivirális kezelést is.

A HIV fertőzés mihamarabbi diagnosztizálása érdekében az Országos Tisztiorvosi Hivatal 17 db anonim HIV/AIDS tanácsadó szolgálatot működtet azzal a céllal, hogy az önkéntesség elvén nyugvó, az egyén számára térítésmentes HIV/AIDS szűrővizsgálatok lehetősége a továbbiakban is biztosítva legyen.

Az Egészségügyi Minisztérium⁸⁸ a legnagyobb hazai könnyűzenei fesztivál (Sziget fesztivál) ideje alatt a helyszínen történő anonim HIV szűrést és HIV/AIDS tanácsadást biztosított a résztvevők számára fél órán belül eredményt adó gyorsvizsgálat segítségével.

A szűrést az Országos Epidemiológiai Központ (OEK) gyakorlott munkatársai (3 orvos és 3 asszisztens) végezték a fesztivál területén. A szakemberek a szűrés megkezdése előtt, illetve az eredmény átadásakor válaszoltak a felmerült kérdésekre. A szűrés eredményét helyben is meg lehetett várni, a várakozási idő alatt a kliensek kitölthették a Nemzeti Drog Fókuszpont által készített kockázati magatartást felmérő kérdőívet. Az OEK munkatársai szorosan együttműködtek a Májbetegségért Alapítvánnyal és a minisztérium szakembereivel. A Májbetegségért Alapítvány közreműködésével idén először az érdeklődők ingyenes hepatitisz C szűrésen és tanácsadáson is részt vehettek, a vérmintákat a Szent László Kórházba vitték be vizsgálatra, az eredményt másnap közölték sorszám alapján a szűrésben résztvevőkkel.

Az újbegyenes vérvétel és tanácsadás mellett a szervezetek sátrában a fertőzésekkel kapcsolatos szóróanyagokat is be lehetett szerezni. A 3 nap alatt összesen 231 fő vett részt az ingyenes szűrésen, tanácsadáson, közülük 213 fő töltötte ki a kérdőívet.

Az Egészségügyi Minisztérium felkérésére és támogatásával az Országos Egészségfejlesztési Intézet ifjúságot érintő prevenció programmal vett részt a Sziget Fesztiválon. A részvétel, a programok harmonizációja és a lebonyolítás több, hasonló területen dolgozó intézménnyel történt. A programok közt szerepelt a drog prevenció és a HIV/ AIDS prevenció is. Az Országos Egészségfejlesztési Intézet a fiatalok számára szervezett programok során közel 400 személyes tanácsadást végzett.

Az Országos Egészségfejlesztési Intézet szakmai konferenciát szervezett az iskolai egészségfejlesztés témakörben, melynek fókuszában a szex edukáció állt. Az elmúlt évben az OEK áttekintette azokat az akkreditált képzéseket, amelyek iskolai egészségfejlesztési témában készültek. Készítettek egy olyan listát a képzésekről, amelyek a szakértők véleménye szerint azok szakmai tartalmának és hatékonyságának értékelését követően megfelelnek a mai kor igényeinek (iskoláknak, pedagógusoknak és diákoknak) és mint ilyenek alkalmasak arra, hogy ezen a területen segítsék az iskolai munkát. Ezeket a programokat hozzáférhetővé tették nyomtatott és elektronikus formában az oktatási intézmények részére.

Továbbá az Intézet óvszer automaták felszerelésének és üzemeltetésének kezdeményezésével az érdeklődő iskolák számára a fiatalok ismeret- és igény szintjének megfelelően lehetőséget kívánt adni a biztonságos szexuális magatartás gyakorlására. Az alkalmazott módszerük iskolalátogatás, iskolai elégedettségi kérdőívek készítése, tanulók igény és ismeretszintjének kérdőíves vizsgálata, irányított beszélgetés iskolai egészségfejlesztésben résztvevő pedagógusokkal és óvszer automaták kihelyezése volt.

Az AIDS Világnap alkalmából az Országos Epidemiológiai Központ tájékoztatónapot és ingyenes szűrővizsgálatot szervezett egész nap az érdeklődők számára.

Továbbá a világnapon „Védd magad” címmel egy egész napos program megrendezésére került sor – az Egészségügyi Minisztérium támogatásával – Budapest egyik központi terén és kulturális központjában, ahol sok civil szervezet is képviseltette magát. A program

⁸⁸ Az Egészségügyi Minisztérium beszámolója alapján

tartalmazta: a fiatal felnőtteknek szóló előadásokat, a személyes tanácsadást, a civil egyesületek bemutatkozását, illetve az ingyenes, anonim HIV szűrővizsgálatot. Szintén az AIDS Világnap alkalmából iskolások tájékoztatására AIDS Világnapi hírlevelet és plakátot készített a Sex Edukációs Alapítvány, melyet valamennyi közoktatási intézetbe eljuttatott.

Az Országos Epidemiológiai Központ a HIV fertőzésről, illetve az AIDS betegségről felhívó plakátokat és új, színes, közérthető tájékoztató szóróanyagot készített a 2008-as Sziget Fesztiválon történő szűrőprogram és tanácsadás kapcsán. A kiadványt utána több fórumon, rendezvényen is elérhetővé tették, többek között még egy korábban publikált HCV szóróanyaggal együtt a tücsere programok között is kiosztásra került.

Az Egészségügyi Minisztérium támogatta az Országos Egészségfejlesztési Intézet koordinálásával a „HIV/AIDS megelőzés a civil szervezetekkel” című projekt keretében a magas HIV fertőzési kockázatot vállaló közösségek körében prevenciós tevékenységet folytató 5 civil szervezet⁸⁹ tevékenységét.

Kezelés

A „HIV fertőzés a mindennapi orvosi gyakorlatban” címmel akkreditált háziorvos/belgyógyász továbbképzést szervezett a Fővárosi Önkormányzat Egyesített Szent István és Szent László Kórház – Rendelőintézet 150 fő részére. Az EüM által támogatott akkreditált továbbképzésen a résztvevők megkapták a HIV kezelés protokollját, valamint az előadások anyagát CD-n.

7.3. MÁS EGÉSZSÉGÜGYI VONATKOZÁSOK ÉS KÖVETKEZMÉNYEK KEZELÉSE

Kábítószer-fogyasztással összefüggő közúti balesetek megelőzése

Magyarország 2008-ban is részt vett a TISPOL nemzetközi közúti ellenőrző akciójában, amely kampány célja az ittas és bódult állapotban történő járművezetés visszaszorítása. Az ellenőrzést júniusban, illetve decemberben hajtották végre 3 napon át napi 8 órán keresztül, és az ország egész területére kiterjedt. A kábítószer-fogyasztásra utaló anyagok jelenlétét kimutató vizeletminta előszűrő vizsgálat (gyorsteszt) júniusban 2488 vizsgálat során minden esetben negatív lett, míg decemberben az 1462 ellenőrzés során 1 pozitív esetet detektáltak.

Kábítószer-használó várandós anyákat és gyermekeiket érintő beavatkozások

A 2006-ban alakult Józan Babák droghasználó szülők önszorgató csoportja informális, anonim közösség. A csoport alakulásától a Magyar Emberi Jogvédő Központ Alapítvány (MEJOK) alacsonyküszöbű szolgáltatásának helyén található meg, amely szolgáltatás 2008-ban hivatalosan is a „Józan Babák Klub alacsonyküszöbű szolgáltatás” nevet vette fel.

A Józan Babák Klub alacsonyküszöbű szolgáltatáson belül szakmai szolgáltatások közül szociális munka, jogsegély és szakorvosi (addiktológiai, pszichiátriai, gyermekpszichiátriai) tanácsadás érhető el, önszorgató szolgáltatásként droghasználó szülők személyes és telefonos ügyelete, valamint a segítők és önszorgatók közösen működtetnek megkereső programokat, és adományozást. Az alacsonyküszöbű szolgáltatás működtetésében a laikus és szakmai segítők egyenlő arányban vesznek részt, általában egyidejűleg harmincöt-negyven fő (munkavállalóként, megbízottként, vállalkozóként).

⁸⁹ A szervezetek a következők voltak: Anonim AIDS Tanácsadó Szolgálat; Pluss, magyarországi HIV-pozitívokat Segítő Egyesület; Magyarországi Prostitúáltak Érdekvédelmi Egyesülete; Háttér Társaság a Melegekért Közhasznú Szervezet; Sex Edukációs Alapítvány.

Egyes esetekben előfordul, hogy más civil szervezet ügyfelet irányít a szervezethez, így – hálózati jelleggel – más szervezetek is foglalkoznak droghasználó várandós nők ellátásával. Nyilván, a rendelkezésre álló ellátási formákat közvetlenül is alkalmazzák, itt inkább ellátásszervezési, adományozással, jogsegéllyel kapcsolatos ügyekben alakul ki együttműködés.

A Józan Babák Klub megkereséseinek száma 2008-ban összesen 7318 alkalom volt. 2008-ban a megkeresések mintegy 3%-ában (220 alkalom) volt azonosítható a kábítószer-használó nő várandós állapota. Szinte minden esetben felmerült az egészségügyi ellátás szervezésével kapcsolatos tanács vagy segítség kérése. Ez jelentheti azt is, hogy a droghasználó nő korábban egyáltalán nem vett részt terhesgondozáson, vagy azt is, hogy terhesgondozása megkezdődött, de azon belül droghasználatáról nem tudott vagy nem akart beszélni. Továbbá jogi információ kérése is jellemző volt. A szervezetet megkeresték még a gyermek után járó pénzügyi ellátások igénylésével, illetve közigazgatási képviselet ellátásával kapcsolatban is.

A Józan Babák Klub alacsonyküszöbű szolgáltatásban 2008 ősztől elérhető ingyenes terhességi gyorsteszt, illetve óvszer is.

2008-ban a Magyar Emberi Jogvédő Központ Alapítvány (MEJOK) kiadott egy tájékoztató füzetet a várandósság, szülés, szoptatás és droghasználat tematikájában „Zsebkönyv” címmel. A könyvben összefoglaló információ található az anyasággal és várandóssággal kapcsolatos jogi szabályzásról, a terhesgondozásról, a kábítószeresek hatásáról a várandós időszakban és szoptatás alatt, továbbá a droghasználó édesanyák önszolgáltató csoportjáról. 2008 májusában nyilvános szórakozóhelyen a szerzők jelenlétében került kiosztásra a könyv három alkalommal, illetve további rendezvényeken, konferenciákon is elérhetővé tették. Intézmények, szolgáltatások közül főleg a védőnői és az alacsonyküszöbű szolgáltatói hálózaton keresztül került terjesztésre a könyv.

A Józan Babák Egyesület nevű társadalmi szervezet 2008 januárjában alakult meg. Az egyesület célja, hogy kapcsolódási pontot kínáljon azoknak az érdeklődőknek, jellemzően védőnőknek, szociális munkásoknak, orvosoknak, akik a téma iránt érdeklődnek, de nem érintettek, így az önszolgáltató közösségnek nem lehetnének részesei. Az egyesület célja a laikusok és szakemberek, illetve az egyes szakmai területek közötti párbeszéd és együttműködés előmozdítása.

Ennek keretében a kábítószer-használó várandós anyákat és gyermekeiket érintő beavatkozások területén 2008-ban először volt példa olyan széleskörű találkozó megszervezésére a Magyar Emberi Jogvédő Központ Alapítvány és a Semmelweis Egyetem I. számú Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika által, amelyen az érintettekkel foglalkozó minden szakterület (egészségügyi, szociális, addiktológiai) képviseltette magát az ellátás javítása, illetve a területen történő szakmaközi együttműködés hatékonyabbá tétele céljából.

2008-ban először Budapesten a XIII. kerületben 40 órás képzést tartottak a kerületi védőnők számára a kábítószer-problémával kapcsolatos alapismeretekről. A képzést a kerületi Kábítószer Egyeztető Fórum (KEF) szervezte meg, amelyet a kerületben található Nyíró Gyula Kórház Drogambulancia, illetve az Iránytű Ifjúsági Információs és Tanácsadó Iroda munkatársai tartottak.

Következtetések

2008-ban javult a vidék túcsere szolgáltatásokkal való lefedettsége. Az összesített adatokat tekintve nagymértékben növekedett mind a kiosztott mind a visszahozott fecskendők száma, továbbá az egy főre jutó injektorok száma. Az emelkedő tendencia leginkább az állandó telephelyű túcsere programok 2008-as adatainak köszönhető.

A kábítószer-használó várandós anyákat és gyermekeiket érintő beavatkozások területén az érintettekkel foglalkozó szakterületek között egy széleskörű szakmai találkozó valósult meg 2008-ban a szakmaközi együttműködés hatékonyabbá tétele céljából.

8. A DROGFOGYASZTÁS SZOCIÁLIS VONATKOZÁSAI ÉS TÁRSADALMI REINTEGRÁCIÓ⁹⁰

8.1. TÁRSADALMI KIREKESZTETTSÉG

A korábbi évekhez hasonlóan a drogfogyasztók társadalmi kirekesztettségét a kezelést igénylő és a kezelő-ellátó rendszerben megjelenő, azt igénybe vevő kliensekről rendelkezésre álló információk (TDI adatbázisból⁹¹), valamint kutatási eredmények segítségével mutatjuk be.

2008-ban három olyan kutatás folyt Magyarországon, mely a társadalmi kirekesztettség témakörével (is) foglalkozott. Budapesten a roma és nem roma, kezelésen kívüli intravénás használok körében készült kutatás (Márványkövi et al. 2008) a kérdezettek szociális körülményeit is vizsgálta⁹². Domokos és Ruff (2008) a kábítószer-fogyasztó fiatalok társadalmi kirekesztettségét vizsgálták EU indikátorok alapján. Busa és munkatársai (Busa et al. 2008b) a pécsi lakosság droghasználókkal, alkoholistákkal és józan szenvedélybetegekkel kapcsolatos attitűdjeit, személyes kapcsolatait, valamint a vélemények befolyásoló tényezőit vizsgálták. A kutatás eredményeit összevetették az ugyanezen kutatás keretében drogambulanciák és szenvedélybetegekkel foglalkozó szervezetek kliensei körében végzett felmérés eredményeivel (Busa et al. 2008a).

Lakhatás

A TDI lakhatási körülményekre („Jelenleg hol él?”) vonatkozó adatai tekintetében eltolódás figyelhető meg a tavalyi évhez viszonyítva.

Az adatbázisban szereplő kliensek 84,5%-a rendelkezett állandó lakhellyel, 1,8%-uk intézményben élt, 13,5%-uk pedig nem rendelkezett állandó lakhellyel a kérdőív felvételének pillanatában.⁹³ 2007-hez viszonyítva a változás az állandó lakhellyel rendelkezők és nem rendelkezők viszonyában figyelhető meg, 2007-ben a megkérdezettek 10%-a nem rendelkezett állandó lakhellyel. 2007-ben a minta lakhatási körülmények tekintetében a 2006-os arányokkal megegyező arányokat mutatta.

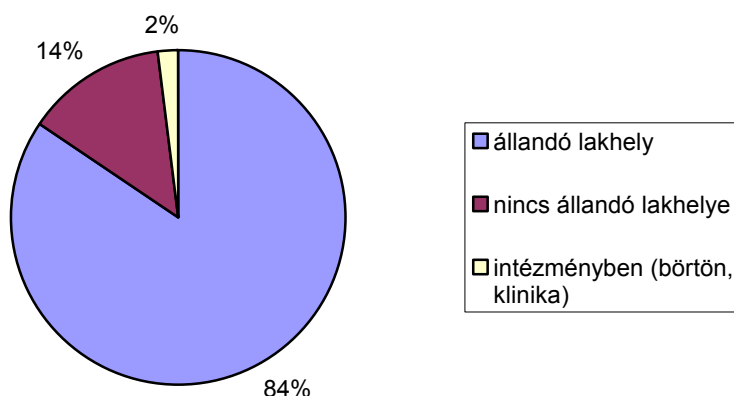
⁹⁰ A fejezet szerzői: Kun Gábor, Nadas Eszter

⁹¹ 2008-ban 1032 nem elterelés miatt kezelésbe lépő kliens adatait jelentették a szolgáltatók a TDI adatbázisba (a kezeltek jellemzőinek bővebb ismertetését lásd az 5.3. fejezetben). A bemutatott trendek értelmezését korlátozza az elmúlt évek során megfigyelhető csökkenés az új kliensek számában (2006-ban 1472 fő, 2007-ben 1185 fő)

⁹² Módszertant lásd 4.2 fejezet

⁹³ 1032 esetből 31-nál nem ismerjük a lakhatási körülményeket.

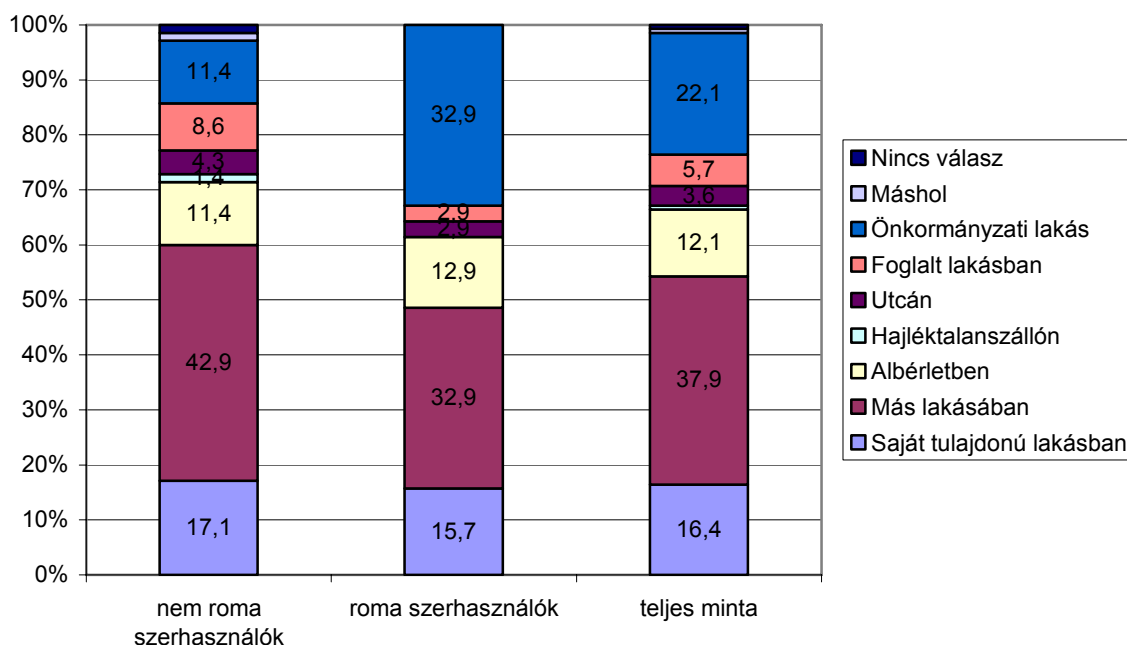
41. ábra. Lakhatási körülmények a kezelték körében



Forrás: OAC 2009

A roma és nem roma kezelésen kívüli intravénás használók körében készült kutatás (Márványkövi et al. 2008) részletesebben vizsgálta a lakhatási helyzetet. A vizsgálat eredményei szerint a nem romákra jellemzőbb volt, hogy más lakásában élnek (42,9%), mint a romákra (32,9%), ugyanakkor a romák jóval nagyobb arányban éltek önkormányzati lakásban (33%), mint a nem romák (11,4%). Közel azonos arányban éltek saját tulajdonú lakásban nem romák (17,1%) és romák (15,7%), illetve albérletben (nem roma: 11,4%, roma: 12,9%). A két almintában szinte senki sem volt olyan, aki hajléktalanszállón élt, illetve utcán is mindössze 3,6%-uk. Utóbbi tekintetében gyakorlatilag nincs különbség roma és nem roma között. A foglalt lakásban történő tartózkodás is csak a teljes minta 5,7%-át érintette, és az is inkább a nem roma használókat (8,6%).

42. ábra. Lakhatási helyzet a kezelésbe nem kerülő roma és nem roma intravénás használók körében



Forrás: Márványkövi et al. 2008

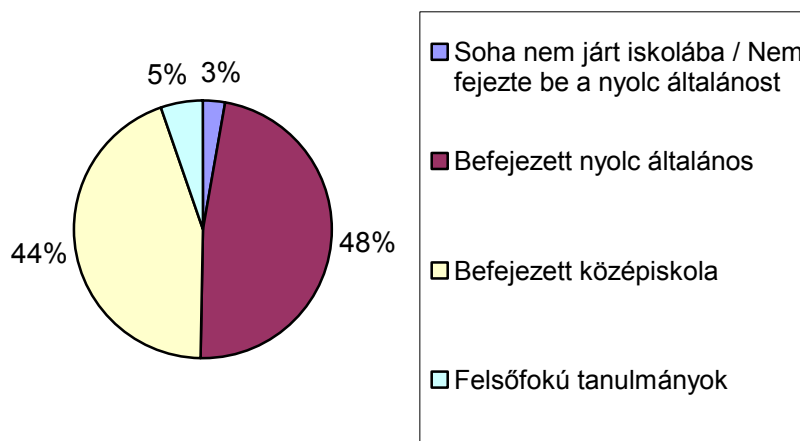
Iskolai végzettség

A TDI adatok⁹⁴ alapján a kezelték 47,5%-ának (456 fő) a legmagasabb iskolai végzettsége alapfokú iskolai végzettség, 2,8% soha nem járt iskolába, illetve nem fejezte be a 8 általánost.

Középiskolai tanulmányait 44,3% (426 fő) fejezte be. Felsőfokú tanulmányokat 5,4%, (52 fő) folytatott. A mintában eltolódás mutatkozik a befejezett középiskolai tanulmányoktól az alapfokú iskolai végzettség felé. 2006-ban a minta 44%-ának a legmagasabb iskolai végzettsége alapfokú iskolai végzettség volt, 2007-ben ez az arány 42,8% volt. Ugyanez a befejezett középiskolára vetítve 2006-ban 47%, 2007-ben 49,4% volt.

⁹⁴ 1032 főből 59 esetben nem ismert az iskolai végzettség.

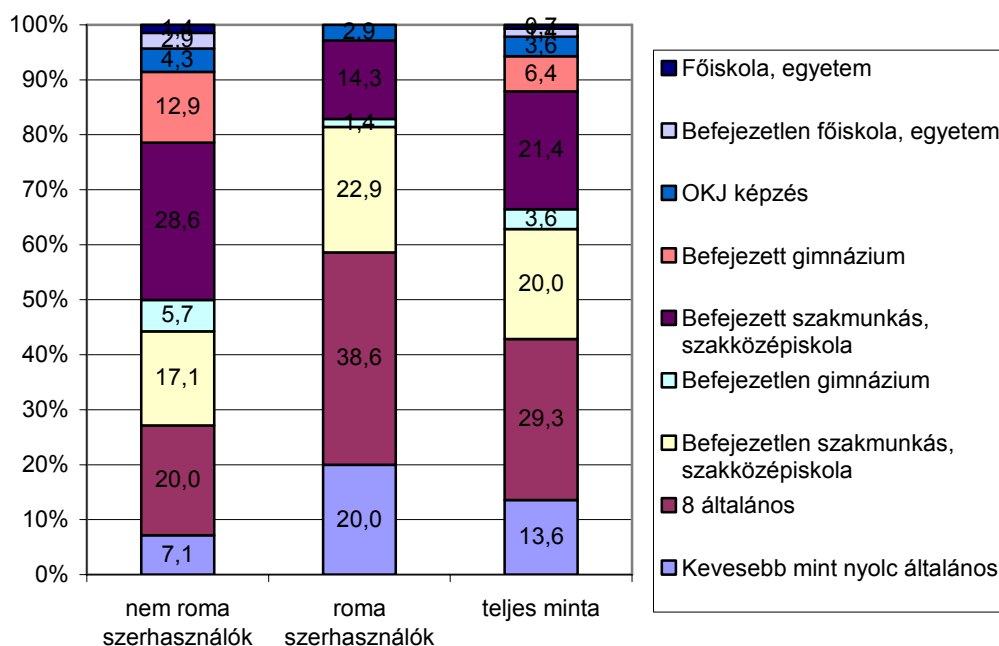
43. ábra. Befejezett iskolai végzettség a kezelték körében



Forrás: OAC 2009

A roma és nem roma intravénás kábítószer-használók körében (Márványkövi et al. 2008) az adatok azt mutatták, hogy a romák jelentős mértékben kedvezőtlenebb helyzetben vannak az iskolázottság tekintetében. 20%-uknak kevesebb, mint 8 általános az iskolai végzettsége, míg 38,6%-uk legmagasabb iskolai végzettsége a 8 általános iskola, szemben a nem romák 7,1%, illetve 20%-ával. Szintén a romákra jellemzőbb, hogy nem fejezték be szakközépiskolai, szakmunkás tanulmányaikat (roma: 23%, nem roma: 17,1%). A nem roma használók kedvezőbb helyzetére utal az is, hogy 28,6%-uk befejezte szakközépiskolai vagy szakmunkás tanulmányait, míg 13%-uk a gimnáziumot. Ezzel szemben a romák esetében ezek az arányok jóval alacsonyabbak: 14,3%-uk legmagasabb iskolai végzettsége szakközépiskola vagy szakmunkás, míg a mintában nem volt olyan roma használó, aki befejezte volna a gimnáziumot. A különbségek szignifikánsak.

44. ábra. Iskolai végzettség a kezelésbe nem kerülő roma és nem roma intravénás kábítószerhasználók körében



Forrás: Márványkövi et al. 2008

Munkaügyi státusz

A TDI adatok alapján a kezelésbe kerültek 30%-a (296 fő) állt állandó munkaviszonyban 2008-ban.⁹⁵ Ez azt jelenti, hogy az állandó munkaviszonyban lévők aránya a 2006-os szintre esett vissza. 2006-ban ez az arány 30,1% (422 fő), 2007-ben 38,4%-a (441 fő) volt. A mintában a munkanélküliek aránya 36,6% (362 fő). Amíg 2007-ben a mintában a munkanélküliek aránya gyakorlatilag nem változott a 2006-os évhez viszonyítva, addig 2008-ban 10 százalékpontos növekedés figyelhető meg.

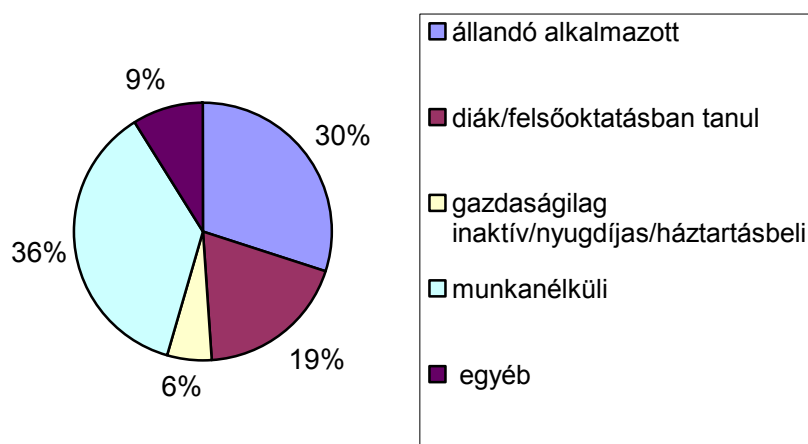
A KSH adatai alapján 2008-ban a munkaügyi folyamatok kedvezőtlenül alakultak a 2007-es évhez képest. 2008-ban a foglalkoztatottak aránya 1,2%-kal csökkent, a munkanélkülieké pedig 5,5%-kal nőtt. A munkanélküliségi ráta az előző évi 7,5%-ról 7,9%-ra emelkedett.⁹⁶ A 15–24 éves fiatalok esetében mind a munkanélküliségi ráta, mind a foglalkoztatási arány 20,4%-ot tett ki, előbbi – a teljes sokasághoz hasonlóan – nőtt, utóbbi pedig csökkent az elmúlt egy évben.⁹⁷ Vélhetően (többek között) ezek a tényezők is közre játszanak a mintán belüli munkanélküliek arányának 10%-os növekedésében.

⁹⁵ 1032 főből 32 esetben nem ismert a munkaügyi státusz.

⁹⁶ A KSH jelenti, 2008/12 Összefoglalás, Közzététel: 2009. március 3., Sorszám: 38.

⁹⁷ A KSH jelenti, 2008/11 Összefoglalás, Közzététel: 2009. január 29., Sorszám: 15.

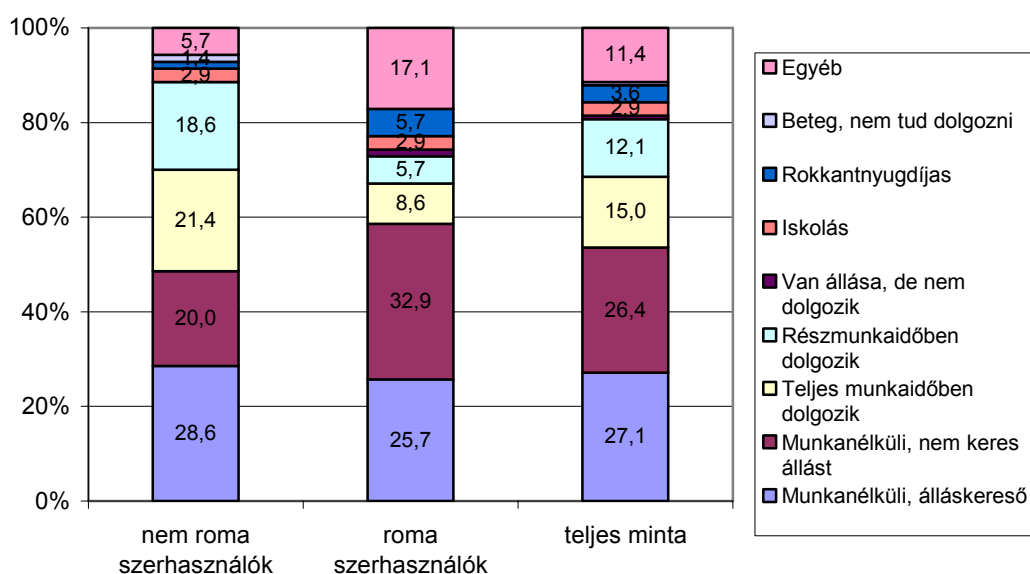
45. ábra. Munkaügyi státusz a kezelték körében



Forrás: OAC 2009

A roma és nem roma kezelésen kívüli intravénás szerhasználók esetében jelentős különbséget találtak a kutatók (Márványkövi et al. 2008) a foglalkozási státusz tekintetében: a romák mutatói ez esetben is kedvezőtlenebbnek mutatkoztak. Bár nem mutatkozott jelentősebb eltérés romák és nem romák között az álláskereső munkanélküliek arányában (roma: 25,7%, nem roma: 28,6%), ugyanakkor a romák közel egyharmada (32,9%) olyan munkanélküli, aki nem keres állást, míg ez az arány a nem romák esetében csupán 20%. Jóval nagyobb arányban voltak a nem roma használók között a teljes munkaidőben (21,4%), illetve részmunkaidőben dolgozók (18,6%), mint a romák között (teljes munkaidő: 8,6%, részmunkaidő: 5,7%). A romák 5,7%-a nyilatkozott úgy, hogy rokkantnyugdíjas, míg a nem romáknak mindössze 1,4%-a. Az eltérések a munkanélküli státuszt kivéve szignifikánsak.

46. ábra. Munkaügyi státusz a kezelésbe nem kerülő roma és nem roma intravénás használók körében

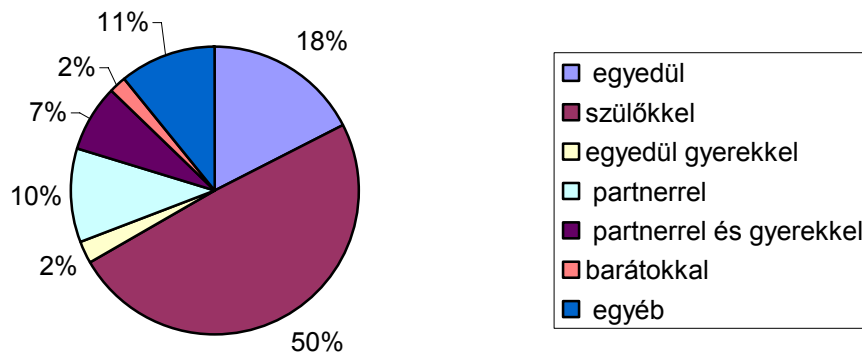


Forrás: Márványkövi et al. 2008

Szociális háló

A TDI adatok alapján 2008-ban a kezelésben résztvevők 49,2%-a (488 fő) élt a szüleivel.⁹⁸ A megkérdezettek átlagéletkora 28,6 év volt. Az egyedül élők aránya 17,6%, a partnerrel kettesben élők aránya 10,5%, a partnerrel és gyerekekkel élők aránya 7,5%, az egyéb kategóriában megjelenők aránya pedig 10,1%. A gyerekekkel egyedül élők, valamint a barátokkal élők aránya a mintán belül igen alacsony. Előbbi 2,3%, utóbbi pedig 2%.

47. ábra. Kezeltek családi állapota



Forrás: OAC 2009

A roma és nem roma intravénás szerhasználók körében készült kutatás (Márványkövi et al. 2008) külön vizsgálta a családi állapotot, a háztartásnagyságot, a gyermeke számát és a megkérdezettel együtt élőket. A mintába kerültek 53%-a volt egyedülálló (romák: 48,6%, nem romák: 57,1%). A házastársi viszonyban élők közel azonos arányban voltak a romák (8,6%) és nem romák (7,1%) között. A partnerrel rendelkezők és élettársi viszonyban élők arányában mutatkozott jelentős különbség a két vizsgált csoport között: míg a romák esetében ez az arány 37% volt, a nem romák esetében mindössze 25,7%.

Az egyedül élés volt a legkevésbé jellemző a mintára (10,7%), ugyanakkor közel kétszer annyi nem roma használó (14,3%) élt egyedül, mint roma (7,1%).

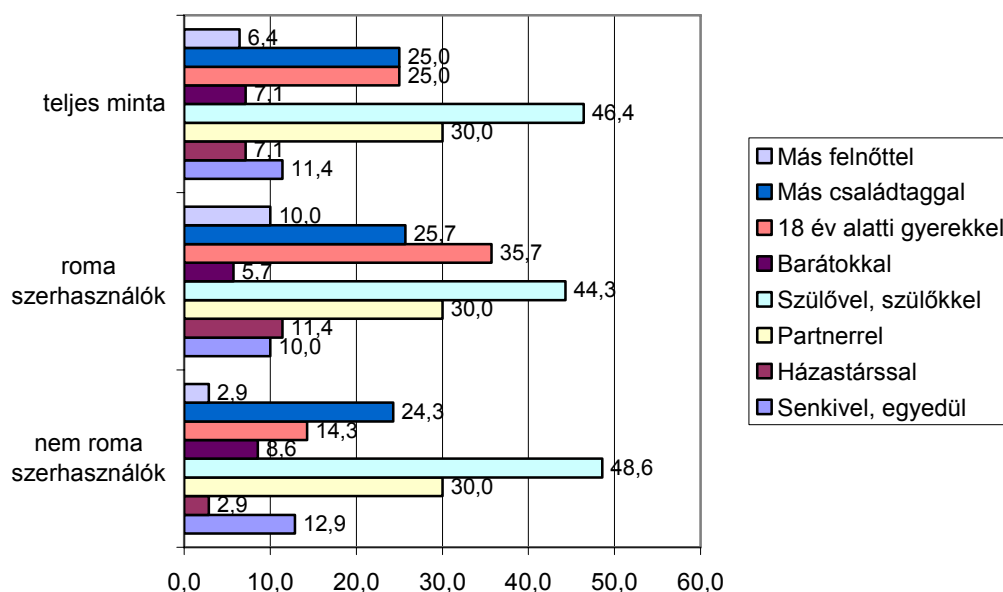
A teljes mintát tekintve a 2, illetve 3 fős háztartások voltak a legjellemzőbbek (23%, illetve 25,7%), a romáknál a 2 fős háztartások aránya mindössze 17%, míg a nem romáknál 28,6% volt. Az 5 fős, vagy annál nagyobb háztartások jóval inkább jellemzőbbek a roma használókra (roma: 27,1%, nem roma: 12,9%).

A gyerekszámot tekintve a mintában szereplő szerhasználók 60,7%-nak nem volt gyermeke, a két csoport közötti arány e kérdés tekintetében azonban jelentős eltérést mutatott (romák: 50%, nem romák: 71,4%). A mintában szereplők 23%-ának volt egy gyermeke (a roma szerhasználóknál ez az arány 27,1%). Két vagy annál több gyermek inkább a roma szerhasználókat jellemzi (romák: 22,9%, nem romák: 10,0%).

A kezelésben lévőkhez hasonlóan a minta közel fele (46,4%) a szülőkkel élt együtt. Jelentős eltérés azok arányában mutatkozott, akik 18 év alatti gyermekkel élnek együtt (romák: 35,7%, nem romák: 14,3%).

⁹⁸ 1032 fő közül 30 élethelyzetét nem ismerjük.

48. ábra. A kezelésbe nem kerülő roma és nem roma intravénás szerhasználókkal együtt élők (%)



Forrás: Márványkövi et al. 2008

Prostitúció

A roma és nem roma intravénás szerhasználókra irányuló kutatás (Márványkövi et al. 2008) kitért a megkérdezettek elmúlt 30 napra vonatkozó jövedelemforrásaira is. Prostitúciót, illetve ahhoz kötődő tevékenységet, mint jövedelemforrást csak roma szerhasználók említettek (a roma válaszadók 7,1%-a).

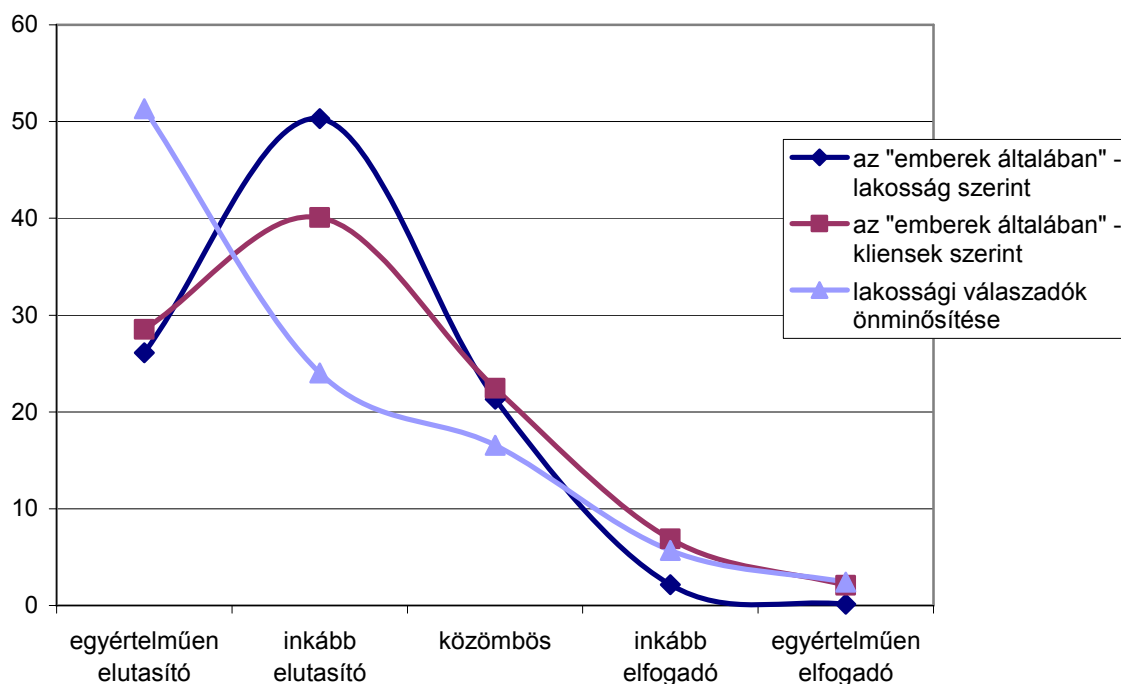
Kirekesztődés és kirekesztés

A FACT Intézet és az INDIT Közalapítvány kérdőíves vizsgálatot⁹⁹ végzett (Busa et al. 2008a; Busa et al. 2008b) az ország 18 városában működő drogambulanciák és szenvedélybetegekkel foglalkozó szervezetek kliensei körében, valamint Pécs megyei jogú város lakossága körében. A kutatás elsődleges célja a droghasználók kirekesztettségének és társadalmi megítélésének a vizsgálata volt. Az alábbiakban a két adatfelvétel összehasonlító elemzését közöljük.

A két vizsgálat eredményét összevetve megállapíthatjuk (Busa et al. 2008c), hogy a megkérdezett lakosok, illetve a kliensek nagyobb része a környezetük nézőpontját figyelembe véve elsősorban úgy érzékeli, hogy a mai magyar társadalom („az emberek általában”) relatív többsége inkább elutasító a szerhasználókkal szemben. A droghasználók percepciója azonban lényegesen toleránsabb beállítódást feltételez annál, mint ahogy a vizsgált lakossági csoport önmagát valójában jellemezte.

⁹⁹ A kutatást a Szociális és Munkaügyi Minisztérium támogatta. A kliensek körében végzett felmérés módszertanáról és eredményeiről a 2008-as Jelentésben számoltunk be. A lakossági adatfelvételre 2007 decembere és 2008 januárja között került sor. A kérdőívek lekérdezése face to face interjúk keretében valósult meg. A minta kiválasztása kvóta alapján ún. véletlen séta módszerrel történt. Az ezzel a módszerrel kiválasztott 800 fős kvótás minta Pécs 18-64 éves lakosságának nem, életkor, iskolai végzettség és városrészek szerinti megoszlását is leképezte. A mintában a nők aránya 52,% volt. A megkérdezettek átlagéletkora 39,28 év volt (férfiaké 38,12 év, nőké 40,32).

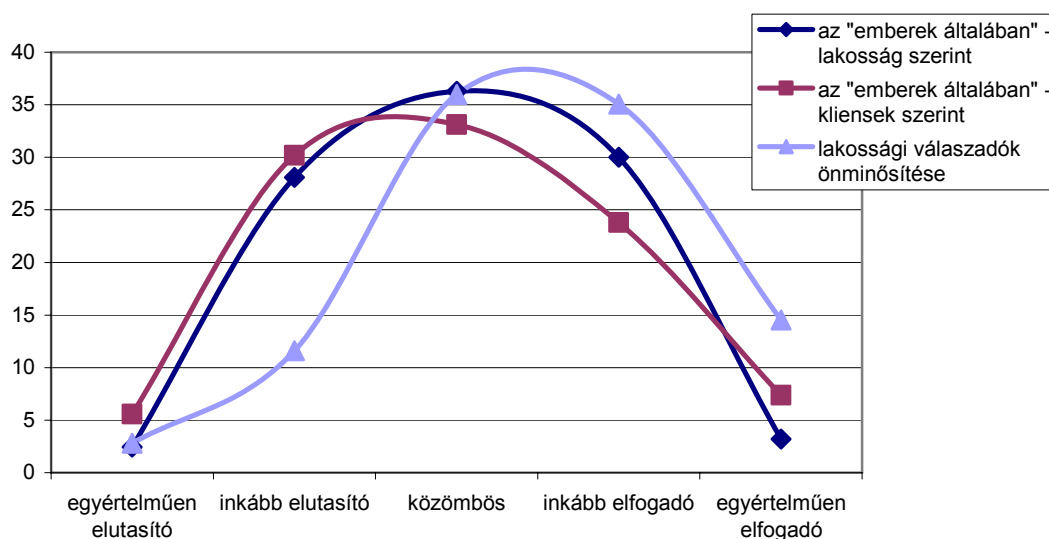
49. ábra. A droghasználókhoz való viszonyulás (%) – összehasonlítás



Forrás: Busa et al. 2008c

Az aktív szerhasználók és a józan szenvedélybetegek megítélésében lényegi különbség érzékelhető. A lakosok és a kliensek inkább közömbös hozzáállást feltételeznek a társadalom részéről. A józan szenvedélybetegekkel kapcsolatban kismértékben ugyan, de toleránsabbnak gondolja a közvéleményt a pécsi lakosság, mint a kliensek. A lakossági válaszadók azonban lényegesen elfogadóbbnak tartják magukat a józan szenvedélybetegekkel kapcsolatban, mint a magyar társadalmat általában: 50%-uk inkább vagy egyértelműen elfogadónak minősítette magát, az elutasító attitűddel rendelkezők együttes aránya pedig 14% volt.

50. ábra. A józan szenvedélybetegekhez való viszonyulás (%) – összehasonlítás



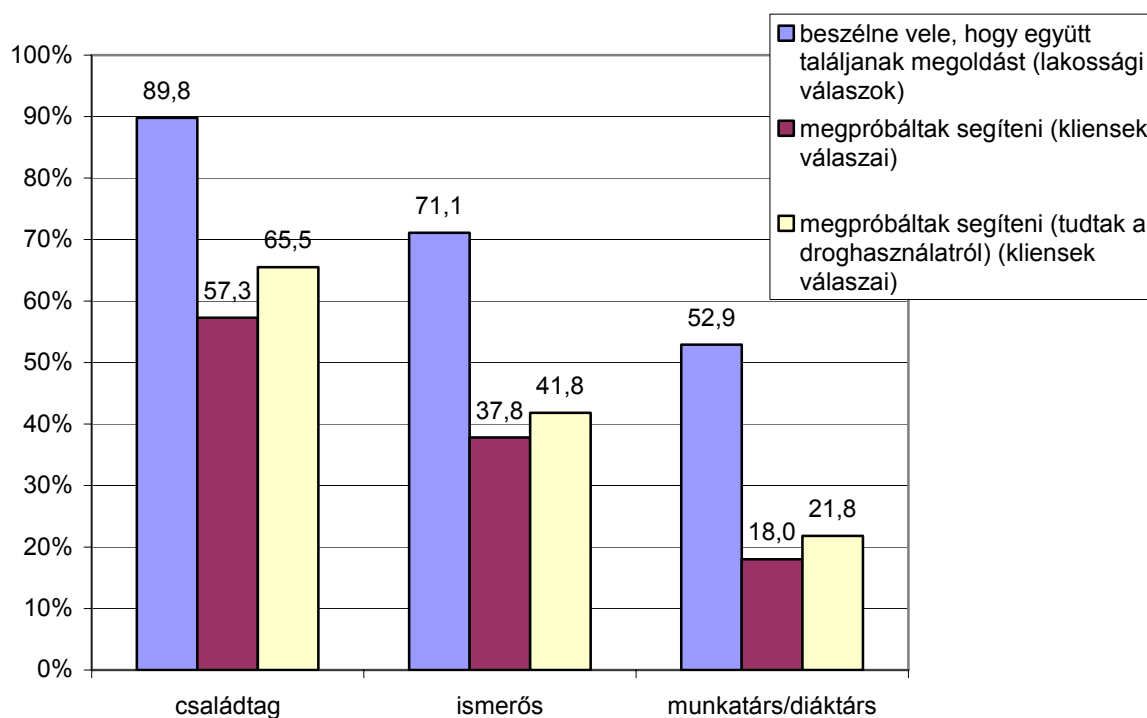
Forrás: Busa et al. 2008c

Arról a kérdésről, hogy „Ön szerint az elmúlt néhány évben változott-e a kábítószeresek megítélése Magyarországon?” a lakosok és kliensek relatív többsége is úgy vélekedik, hogy nem történt változás az elmúlt néhány évben a droghasználók megítélésében (lakossági válaszadók 56%-a, kliensek 40%-a). Mindkét célcsoport negyede gondolja azt, hogy a magyar társadalom az elmúlt években elfogadóbb lett a kábítószer-fogyasztókkal kapcsolatban, mint korábban volt, ezzel szemben 16-17%-uk szerint nőtt a droghasználókkal szembeni intolerancia az utóbbi években.

A kutatás arra is kereste a választ, hogy milyen viszonyban áll egymással a feltételezett és a valós segítségnyújtás. A kérdés vizsgálata kapcsán egy másik összefüggés is látótérbe került: a kliens és a feltételezett segítő (családtag, ismerős, munkatárs) kötődésének ereje. Az eredmények jól tükrözik azt, hogy minél távolabbi kapcsolatban áll valaki az érintett személlyel, annál kevésbé preferálják a személyes kapcsolatfelvételt és a közös problémamegoldást.

A válaszok alapján megállapítható, hogy az érintettek sokkal kisebb arányban kaptak ténylegesen segítséget, mint az a lakossági válaszadók feltételezett reakcióiból következne – még akkor is, ha csak azokat vesszük figyelembe, akik tudomást szereztek családtagjuk, ismerősük, munkatársuk / diáktársuk droghasználatáról.

51. ábra. A feltételezett és a tényleges segítségnyújtás arányainak összehasonlítása¹⁰⁰



Forrás: Busa et al. 2008c

Kábítószer-fogyasztó fiatalok társadalmi kirekesztettsége

„A kábítószer-fogyasztó fiatalok társadalmi kirekesztettségének vizsgálata EU indikátorok alapján” (Domokos és Ruff 2008) kutatási program célja az volt, hogy „az EMCDDA és a Nemzeti Drog Fókuszpont számára valid, az EU módszertani ajánlásait is figyelembe vevő adatokat adjon, és összehasonlító elemzést készítsen a kábítószer-fogyasztók társadalmi kirekesztettségéről Magyarországon”.¹⁰¹

¹⁰⁰ A válaszadóknak a kutatók által felsorolt lehetőségeket kellett rangsorolniuk

¹⁰¹ A kutatást az Echo Survey Szociológia Kutatóintézet készítette, a Szociális és Munkaügyi Minisztérium támogatásával. A vizsgálat egyaránt tartalmazott kvalitatív és kvantitatív elemeket. A kérdőíves adatfelvételt megelőzően részletes, célzott életútinterjúkat készítettek 10 szerhasználóval a társadalmi kirekesztettség szubjektív összetevőiről, annak folyamatáról. A kérdőíves és interjú adatfelvétel kontrollcsoportja az ESPAD 2007 által lefedett 8-10 évfolyamos korosztály volt. A mintát az ESPAD által vizsgált korosztályhoz igazították, figyelembe véve azt, hogy így csak a jelzett korosztályra vonatkozó társadalmi kirekesztésről szóló indikátorok mérhetők, a teljes kábítószer-fogyasztó populációé nem. A kérdőíves vizsgálat során a dependens (223 fő) és abúzos (391 fő) almintában összesen 614 fő került megkérdezésre. A két almintát a kutatók mindvégig külön kezelték és elemezték. Mindkét minta esetében megynként kerültek kiválasztásra olyan települések, ahol jelen van szerhasználóknak nyújtott szolgáltatás. Mindkét minta hálóba módszerrel került kiválasztásra. A mintavételi módszer sajátossága miatt a kialakított adatbázis általánosíthatósága korlátozott. Definíció szintjén a kutatásban az minősült kábítószer-fogyasztónak, aki az elmúlt fél évben legalább havi rendszerességgel fogyasztott kábítószer vagy szerhasználat miatt addiktológiai ellátásban nyilvántartásba került. Dependens szerhasználónak az minősült „aki valamely magyarországi addiktológiai gondozóban, pszichiátriai gondozóban, pszichiátriai vagy addiktológiai osztályon, drogambulancián, valamely kórház mentálhigiénés intézetében, gyermekneurológiai és -pszichiátriai szakrendelésen, gyermek- és ifjúsági mentálhigiénés centrumban, gyermek- és ifjúsági ideggondozó intézetben 2007 vagy 2008 folyamán kezelésben megjelent kábítószer fogyasztó”. Dependens szerhasználóként definiálta a kutatás azokat a szerhasználókat is, „akik még nem jelentek meg kezelésben semmilyen intézménynél, de a crack, a kokain vagy a heroin kábítószerrel élete során kettőnél többször kipróbálta”. Abúzos szerhasználónak az minősült „aki, a crack, a kokain vagy a heroin kivételével bármilyen kábítószerrel élete során ötnél többször kipróbált.” A kábítószer-fogyasztók társadalmi kirekesztettségének vizsgálatára összeállított kérdőív három nagyobb blokkból állt össze: egy önálló demográfiai blokk, egy ESPAD-dal megegyező kérdéscsoport és egy kiegészítő kérdés blokk. A kutatás során 13 indikátor alapján vizsgálták a kábítószer-fogyasztó fiatalok társadalmi kirekesztettségét. A kialakított indikátor sor egyfelől a SILK (magyarul VÉKA adatfelvétel: *Változó Életkörülmények Adatfelvétel*) indikátorait tartalmazza, másfelől kiegészítésre került a

A kutatás során összesen 13 alkalmazott indikátor mentén került sor a kábítószer-fogyasztó fiatalok társadalmi kirekesztettségének vizsgálatára, melyeket 90 kérdés (item) alapján állítottak össze. Az indikátorok individuális, családi és helyi közösségi szinten kerültek csoportosításra, közel felüknél az objektív és szubjektív dimenziók vizsgálatára is volt lehetőség.

Az abúzusos, dependens és kontroll minta komparatív elemzésének eredményei alapján a következő főbb megállapítások tehetők:

- mind az abúzusos, mind pedig a dependens szerhasználók esetében magasabb az anyagi problémákat jelző indikátor értéke, mint a kábítószer nem fogyasztó csoportban.
- mind az abúzusos, mind pedig a dependens kábítószer fogyasztók körében nagyobb a családi összetartozás hiánya, mint a kontroll csoportban. A dependens szerhasználók tekintetében egy kicsit pozitívabb a kép, a családi összetartás erősebb, mint az abúzusos szerhasználók esetében.
- a dependens szerhasználók számára a releváns egészségügyi szolgáltatások elérhetősége rosszabb, mint az abúzusos szerhasználók esetében, ám még mindig jobb, mint a kontroll csoport átlaga.
- az erőszakosság és kriminalitás indikátorának értéke a kábítószer-fogyasztó csoportban a kontroll csoporthoz képest sokkal magasabb pontszámokat eredményezett.
- a baráti kapcsolatok hiánya vagy konfliktusossága jellemzően a dependens szerfogyasztók sajátossága, az abúzusos kábítószer használók még a kontroll csoporthoz képest is jobb helyzetben vannak e tekintetben.
- a kontroll csoporthoz képest jelentős szexuális kiszolgáltatottságot¹⁰² mértek a dependens mintában, különösen a férfiak körében.
- a munkahelyi és iskolai kudarcok szintje magasabb a szerfogyasztók körében, különösen a dependenseknél.
- mindhárom csoportban jellemzően a nők több egészségi problémával küzdenek.
- a normaszegő magatartás indikátorának értéke magasabb a kábítószer-fogyasztó mintában.
- az abúzusos szerhasználók a kontroll csoporthoz és dependens mintához képest pozitívabb önképpel rendelkeznek. A dependens szerfogyasztók körében azonban már zavar mérhető a tudati struktúrákban, ugyanis mind a pozitív, mind pedig a negatív énkép elemek esetében magasabb az indikátor értéke a kontroll csoporthoz viszonyítva.

A kirekesztettség klaszterei

A kutatás során megállapított és rögzített indikátorok komparatív elemzése során kijelölt főkomponensek alapján a kutatók meghatározták a kirekesztettség általánosabb klasztereit¹⁰³ is, a válaszadókat három, jól elkülöníthető klaszterbe tudták besorolni.

Az *első klaszterbe* kerültek azok, akik esetében a kirekesztettség indikátorai a legalacsonyabb mértéket mutatták. Esetükben nem voltak jellemzőek az erőszakos cselekedetek, a szexuális kiszolgáltatottság, az iskolai, munkahelyi kudarc, az anyagi problémák. Erre a csoportra általában jellemző a magas a képzettségi szint, nem törekszenek normaszegő magatartásra, hozzáférnek az egészségügyi szolgáltatásokhoz,

hajléktalanság, a bűnelkövetés/áldozattá válás és a prostitúció indikátoraival is. A 13 indikátor a vizsgálat során 90 kérdésben realizálódott, melyek döntő többsége skála jellegű kérdés volt.

¹⁰² A kérdés arra vonatkozott, hogy mennyire teremtenek meg gondolatlanul, védekezés nélkül szexuális kapcsolatot az emberek, illetve a teremtettek-e már más módon gondolatlan vagy kényszer kapcsolatot

¹⁰³ Az eljárás az ún. k-means klaszterezés módszerével történt. Az indikátorokat vették klaszterképző input változóknak

egészségi szintjük megfelelő, természetes támaszrendszerükre (család, barátok) támaszkodhatnak, egyedüli problémaként a pozitív énkép hiánya jellemzi a válaszadókat.

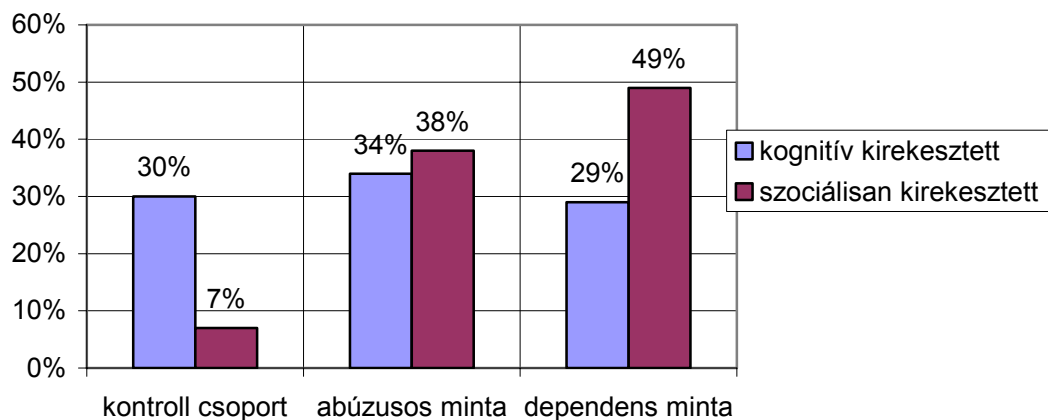
A *második* klaszterbe azok a válaszadók kerültek, akik esetében elsősorban a kognitív kirekesztettség a jellemző, vagyis a csoport kirekesztettsége elsősorban a személyes kapcsolataik konfliktusságában nyilvánul meg. Esetükben a kirekesztettség indikátorai közül a családi összetartozás hiánya, a baráti kapcsolatok hiánya és az egészségi problémák értéke volt problémás, a többi dimenzióban nem volt mérhető számottevő kirekesztődés, sőt jellemzően erős pozitív önképpel bírtak.

A *harmadik klaszter* tagjainak kirekesztettsége elsősorban szociális jellegű. Általában ebben a csoportban jellemzőek az erőszakos cselekedetek, az átlagosnál magasabb szexuális kiszolgáltatottság, a normaszegő magatartás, az alacsony képzettségi szint, az iskolai, munkahelyi kudarcok, az egészségügyi problémáik anyagi problémákkal is párosulnak. Bár a baráti kör megtalálható, de a családi kötelék nem túl erős.

A vizsgálat során a kutatók arra a megállapításra jutottak, hogy a kirekesztettség településtípusonként és nemeként is eltérő képet mutat a két almintában.

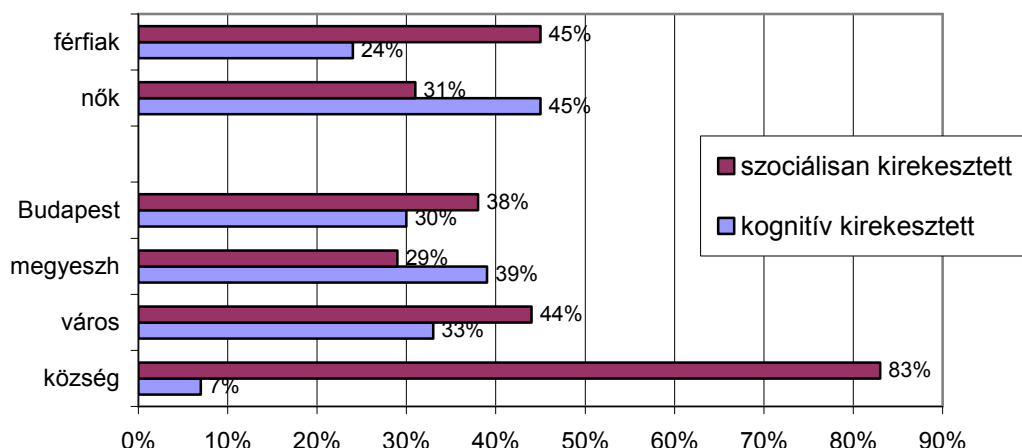
A két almintában jelentős a különbség a tekintetben, hogy az abúzusos szerhasználók esetében a férfiak inkább szociálisan, míg a nők elsősorban kognitívan rekesztődnek ki. A dependens szerhasználók esetében nemtől függetlenül dominánsan szociális kirekesztettségről beszélhetünk. A településtípusok vonatkozásában is körülírható a kettősség. Míg az abúzusos szerhasználóknál a községeket kivéve a kognitív kirekesztettség dominál, addig a dependensek esetében a településtől függetlenül a szociális kirekesztettség.

52. ábra. Kirekesztett populáció becslése (%)



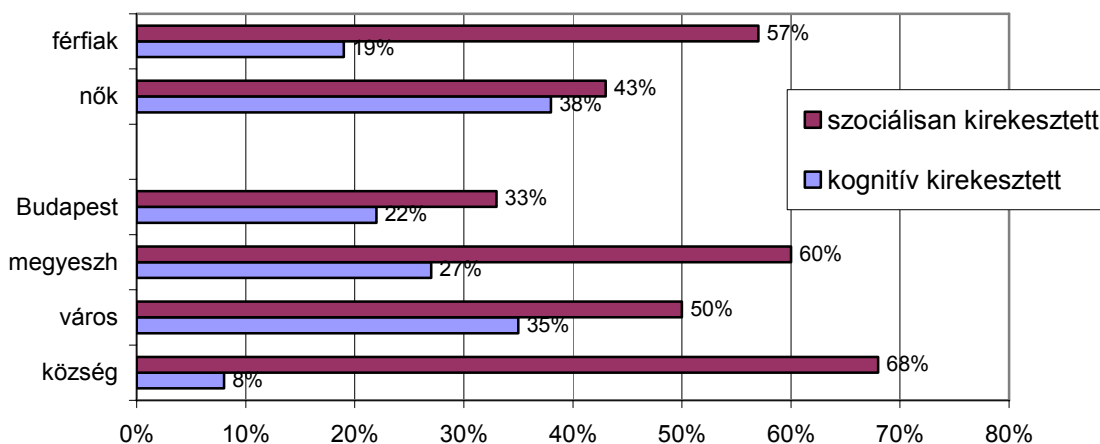
Forrás: Domokos és Ruff 2008

53. ábra. Kirekesztettség az abúzusos mintában



Forrás: Domokos és Ruff 2008

54. ábra. Kirekesztettség a dependens mintában



Forrás: Domokos és Ruff 2008

A két almintában és a kontroll populációban a kétféle kirekesztettség eltérő arányokkal van jelen. A kognitív kirekesztettség valamennyi csoportban közel azonos mértékű, (29-34%), ezzel szemben a szociális kirekesztettség lényegesen változatosabb képet mutat. A kontroll csoportban a megkérdezettek 7%-a sorolható ebbe a kategóriába, az abúzusos szerhasználói csoportban 38% tekinthető szociálisan kirekesztettnek, míg a dependens mintában ez az arány 49%.

8.2. TÁRSADALMI REINTEGRÁCIÓ

2008-ban a korábbi évekkel ellentétben nem álltak rendelkezésre központi uniós források, így a hazai szenvedélybeteg ellátás rendszerének fejlesztésére elsősorban a Szociális és Munkaügyi Minisztérium pályázatai szolgáltak forrásként. A szűkösebb hazai támogatási keretek nem bizonyultak elegendőnek ahhoz, hogy 2008-ban látványos mértékben fejlődjön az ellátórendszer, sokkal inkább arra volt elegendő, hogy a lehetőségekhez mérten szinten tartsa azt.

A szenvedélybetegek szociális szolgáltatásainak megvalósítása változatlanul a nem állami szereplőkre hárul, melyek forráslehetőségei tovább szűkültek az elmúlt évekhez képest. A legtöbb szolgáltató az állami juttatásoktól (normatív típusú támogatásoktól, pályázati

pénzektől) függ. Ez alól talán csak néhány kivétel van, melyek zömükben egyházi fenntartású intézmények. Esetükben sem feltételezhetjük azt, hogy képesek lennének állami finanszírozás nélkül is szolgáltatásaikat nyújtani, de számukra nagyobb anyagi mozgásteret jelent/jelenthet az egyház támogatása, illetve az egyházi kiegészítő normatíva.

Lakáskérdés

A 2007-es évhez képest jelentős változás nem történt a lakás, lakhatás kérdéskörében. Számottevően nem gyarapodtak a lakhatási-, félutas programok.

A Kallódó Ifjúságot Mentő Misszió Támogató Alapítvány (KIMMTA) fenntartásában működő zsbriki Drogrterápiás Intézet Szenvedélybetegek Átmeneti Intézménye 2008 januárjában kapta meg működési engedélyét.

Az Átmeneti Intézményébe 18. életévüket betöltött, rehabilitációs kezelésen részt vett szenvedélybetegek kérhetik felvételüket. Az átmeneti elhelyezés igénybevételének további feltétele, hogy a jelentkező rendelkezzen munkahellyel, vagy megkezdett tanfolyammal és a tanfolyam befejezését követő egy hónapban elhelyezkedjen a munkaerő-piacon.

Oktatás, képzés

Az Életesély Kiemelten Közhasznú Mentálhigiénés Alapítvány Szenvedélybetegek munkavállalási készségeinek komplex mentálhigiénés fejlesztési programja 2007. október – 2008. március között 13 fő részére biztosított speciális képzést. A program során a résztvevők önismereti, kommunikációs, konfliktuskezelési ismereteket sajátíthattak el. A programot elkezdő 13 fő szenvedélybeteg közül idő közben lemorzsolódott 4 fő. A program végére 5 fő sikeresen elhelyezkedett. További 6 fő, mint laikus segítő a megszerzett tudását önszegítő csoportokban kamatoztatta és adta tovább.

Belvárosi Tanoda Alapítvány "Esély a szertelen életre" – szenvedélybeteg fiatalok pályaeorientációs programja 2008 áprilisában zárult. A program, a célcsoport képzése útján a marginalizálódó, a szenvedélybetegség területén érintett fiatalok munkaerő-piacon történő elhelyezkedésének esélynövelését tűzte ki célul. A résztvevők a Belvárosi Tanoda Alapítvány nappali tagozatos diákjainak soraiból kerültek ki. A célcsoportot alkotó 20 fő korábban még nem, vagy csak alkalmyszerűen, diákmunka útján szerzett munkaerő-piaci tapasztalatot. A projekt elsősorban nem a közvetlen munkatapasztalat megszerzését irányozta, sokkal inkább a továbbtanulás, a jövő tervezéséhez kívánt segítséget, ismeretanyagot nyújtani. A program során az alábbi oktatási modulok valósultak meg: munkaerő-piaci alapismeretek, egyéni állapotfelmérés, egyéni stratégia felállítása, kommunikációs tréning, álláskeresési technikák tréning, utógondozás, tanácsadás.

Szombathelyi Egyházmegyei Caritas Alapítvány „Lépésről, lépésre” tanfolyama 2008 márciusában zárult. A tanfolyam a Hársfa-ház Szenvedélybeteg Átmeneti otthonának és Nappali Ellátójának, valamint a Rév Szenvedélybeteg Közösségi Gondozó klienseit célozta meg. A képzés 2x8 fős csoportokban, 32 órában folyt, melynek keretében a résztvevők számítástechnika alapismereteket, a szövegszerkesztés és az internet használatának alapjait sajátíthatták el. Ezekon túl álláskeresési technikák, alapismeretek (önéletrajzírás, állásinterjúval való megjelenés, tárgyalási technikák, tanulási technikák) is részét képezték a programnak. A programban 16 fő szenvedélybeteg vett részt.

Khetanipe a Romák Összefogásáért Egyesület „Hagyd (abba), hogy segíthessünk!” projektje 2008. április 30-án zárult. A komplex szolgáltatásokat nyújtó program célcsoportjai a józanodással próbálkozó, de még függő szenvedélybetegek és a 16 év feletti középiskolások, vagy felsőfokú tanulmányaikat folytatók, akik már kipróbálták valamelyik szert/szereket, de nem szeretnének függővé válni. A projekt elsődleges célja a „józan

kultúra” alapvető értékeinek (szolidaritás, felelősség másokért és magunkért, törődés, társas kapcsolatok fejlesztése, önértékelés, munkába állás) megismertetése volt.

A programban összesen 16 fő vett részt. 8 hónap során 20 képzési alkalom, 20 Dialógus Klub, 2 intézménylátogatás valósult meg. A 16 főből 4 tanuló/hallgató volt, aki továbbra is folytatta tanulmányait, 4 fő a program ideje alatt is rendelkezett munkával, 3 főnek nem sikerült, 5 főnek viszont sikerült elhelyezkednie.

A Helló meló! - komplex készségfejlesztő program célja a szenvedélybetegek aktív életvitelének elősegítése, a reális tervezés, jövőkép kialakítása, a munkavállalás elősegítése. Program két városban valósult meg. Békéscsabán a Békés Mérték Közösségi Ház és munkatársai, Békés városban a Békési Mentálhigiénés Szolgálat munkatársai koordinálták a programot. A két helyszínen összesen 21 főt vontak be a projektbe.

A Sz.M.J.V.Önk. Dr.Farkasinszky Terézia Ifjúsági Drog-Centrum „Kábítószer-fogyasztók komplex képzése a munka világába való visszavezetés esélyének növelésére” program 2008 májusában ért véget. A program célcsoportja a Drog-Centrum klienseinek köréből került ki, előzetes igényfelmérés alapján. A programban összesen 24 fő vett részt. A program az alábbi modulokból állt: mentálhigiénés, életvezetési tanácsadás, jogi tanácsadási szolgálat, munkaerő-piaci ismeretek, vállalkozási/önfoglalkoztatói modul. 12 fő vett részt a munka világába való visszatérést segítő tréningen, míg 22 fő a mentálhigiénés programrészben.

Az Újra Dolgozni Tolnában Egyesület "KILÁBALÁS Program" 18 fő részére nyújtott képzést. A kiválasztott 18 fő átlagéletkora 44,8 év (legfiatalabb 30 éves, legidősebb 54 éves) volt. A nemek arányát tekintve 50-50%-ban voltak jelen a programban férfiak és nők. A résztvevők szerfűgősége tekintetében 2 fő gyógyszerfüggő kivételével valamennyien alkoholproblémával küzdöttek. A 18 főből a program végezetén (2008 áprilisában) 5 főnek sikerült elhelyezkednie, 2 fő álláskeresése folyamatában volt, 3 fő a továbbiakban szociális otthonon belüli rehabilitációs foglalkoztatásba került. További 4 fő munkaképes állapotba került (a program zárásakor az ő jövőjük még nem volt ismert) és ugyancsak 4 fő változatlanul nem volt kész a munkaerő-piacra való visszatérésre.

Foglalkoztatás

A Tiszta Jövőért Közhasznú Alapítvány „Védett munkahely a Tiszta Jövőért” programja 2005-ben indult. Az indulástól számított 3 év alatt 2 fő leállt szenvedélybeteg foglalkoztatását és képzésbe jutását segítette a program. 2008-ban 1 fő józan szenvedélybeteg számára biztosított foglalkoztatást. A program résztvevőjének fő tevékenysége az Alapítvány adminisztratív feladatainak ellátása.

A Tiszta Jövőért Közhasznú Alapítvány 2008 szeptemberében indította „Tiszta Multikulturális Központ” (TMK) elnevezésű reszocializációs programját, melynek célja a szenvedélybetegséggel, különösen a kábítószer-függőséggel küzdők rehabilitációját követő társadalmi befogadás és munkaerő piaci visszailleszkedés elősegítése volt. A programon 37 fő vett részt, közülük 18 fő fejezte be sikeresen, 16 főnek sikerült elhelyezkednie. A program keretében a készségfejlesztés, örömtréning, munkába állást segítő foglalkozások, pályaorientációs és munkaerő-piaci ismeretek átadása mellett kötetlen programokat is szerveztek a résztvevőknek (pl. előadások, hétfégi programok, kreatív műhely, stb.)

Alapvető szociális szolgáltatások nyújtása

2008-ban újabb változás következett be a közösségi ellátások területén. A változások a szenvedélybetegek közösségi ellátását és a szenvedélybetegek alacsonyküszöbű ellátását egyaránt érintették. A változtatás értelmében a közösségi ellátások 2009. január 1-jétől nem

kötelező önkormányzati feladatok, finanszírozásuk nem normatív finanszírozás, hanem pályázati úton elnyerhető állami feladatfinanszírozás.¹⁰⁴

Az állami feladatfinanszírozásra kiírt pályázat beadási határideje mindkét szolgáltatás esetében 2008. szeptember 1. volt. A pályázati eljárás lebonyolítója és kezelője a Foglalkoztatási és Szociális Hivatal (FSZH). Az FSZH adatai alapján 2008-ban 47 db szervezet pályázott szenvedélybetegek alacsonyküszöbű szolgáltatásának működési finanszírozására, melyek közül 36 nyert befogadást, az odaítélt támogatási összeg összesen 266 millió forint (1.058.706 €¹⁰⁵) volt. A szenvedélybetegek közösségi ellátása esetében a 145 pályázóból 69 közösségi szolgáltató nyert befogadást, az odaítélt támogatási összeg összesen 686,4 millió forint (2.731.940 €) volt.

Rehabilitáció

Az OEP 2008. decemberi szerződés állománya szerint a bentlakásos drogterápiás ágyak száma 2008-ban 268 volt (2006-ban 244, 2007-ben 280).

Megkereső program

A Baptista Szeretetszolgálat – Utcafront részlege 2008-ban új közösségi ellátást indított Budapesten a X. kerületben, valamint egy újabb utcai megkereső programot a fővárosi hajléktalan droghasználók között Budapest összes kerületére kiterjesztve.

Következtetések

2008-ban a TDI adatbázisban szereplő kliensek 13,5%-a nem rendelkezett állandó lakhellyel a kérdőív felvételének pillanatában, ez az arány növekedést mutat a 2007-ben mérthez képest. Az iskolai végzettséget tekintve eltolódás mutatkozott a befejezett középiskolai tanulmányoktól az alapfokú iskolai végzettség felé. A kezelésbe lépők körében a munkanélküliek aránya 36%, mely 10 százalékpontos növekedést jelent az elmúlt évhez képest. A kezelésbe lépők fele (49,2%) a szüleivel él, az egyedül élők aránya 17,6%, a partnerrel kettesben élők aránya 10,5%, a partnerrel és gyerekekkel élők aránya 7,5%.

A roma és nem roma intravénás szerhasználók körében készült kutatás eredményei szerint sem a romákra, sem a nem romákra nem jellemző a hajléktalanság. A roma szerhasználók fő lakhatási jellemzője az önkormányzati lakásban történő tartózkodás. Az iskolázottság (kevesebb mint 8 általános végzett a romák 20%-a, a nem romák 7,1%-a) és foglalkozási státusz (munkanélküli a romák 58,6%-a, a nem romák 48,6%-a) tekintetében a mintába került romák kedvezőtlenebb helyzetben vannak, mint a nem romák. A megkérdezettek közel fele (46,4%) a szüleivel él, a romák és nem romák között e téren nem mutatkozik számottevő különbség. A romákra inkább jellemző, hogy házastárssal, illetve gyerekekkel élnek együtt.

Egy Pécsen készült vizsgálat eredményei azt mutatják, a megkérdezett lakosok, illetve a kliensek nagyobb része a környezetük nézőpontját figyelembe véve elsősorban úgy érzékeli, hogy a mai magyar társadalom relatív többsége inkább elutasító a szerhasználókkal szemben. A droghasználók percepciója azonban lényegesen toleránsabb beállítódást feltételezett annál, mint ahogy a vizsgált lakossági csoport önmagát valójában jellemezte.

A kábítószer-fogyasztó fiatalok társadalmi kirekesztettségét EU indikátorok alapján vizsgáló kutatás keretében az abúzosos és dependens fiatalok kirekesztettségi mutatóit vizsgálták és hasonlították kontroll csoporthoz. Az eredmények azt mutatták, hogy mind az abúzosos, mind pedig a dependens kábítószer fogyasztók körében magasabb volt az anyagi

¹⁰⁴ Az 1993. évi III. törvény 86.§ (3) bekezdését módosította a 2007. évi CXXI. Törvény 35. §-a.

¹⁰⁵ Az értékek a 2008-as hivatalos euró középárfolyam (1€ = 251,25Ft) szerint kerültek kiszámításra.

problémákat jelző indikátor értéke, az erőszakosság és kriminalitás indikátorának értéke, a munkahelyi és iskolai kudarcok szintje, valamint nagyobb volt a családi összetartozás hiánya, mint a kábítószer nem fogyasztó csoportban.

9. KÁBITÓSZER-BŰNÖZÉS, KÁBITÓSZER-BŰNÖZÉS MEGELŐZÉSE ÉS A BŰNTETÉS-VÉGREHAJTÁSI SZERVEZET¹⁰⁶

Háttér, előzmények

Az Egységes Rendőrségi és Ügyészségi Bűnügyi Statisztikai rendszer (ERÜBS) az 59/2007 (XII. 23.) IRM rendelet alapján, amely 2008. január 1-én lépett hatályba, Egységes Nyomozóhatósági és Ügyészségi Statisztikai rendszer (ENYÜBS) elnevezésre módosult. E rendszerben gyűjtik és dolgozzák fel a feljelentés elutasításáról, illetve a büntetőeljárás megindításáról a nyomozás felfüggesztéséig, a nyomozás megszüntetéséig vagy a vádemelésig a nyomozó hatósági és ügyészségi bűnügyi statisztikai adatokat. Az egységes bűnügyi statisztika a Be. 63. §-ának (4) bekezdése alapján kiterjed a bűnözés alakulására bűncselekményenként és terheltenként, valamint a nyomozások törvényességi kérdéseire.

9.1. KÁBITÓSZER-BŰNÖZÉS

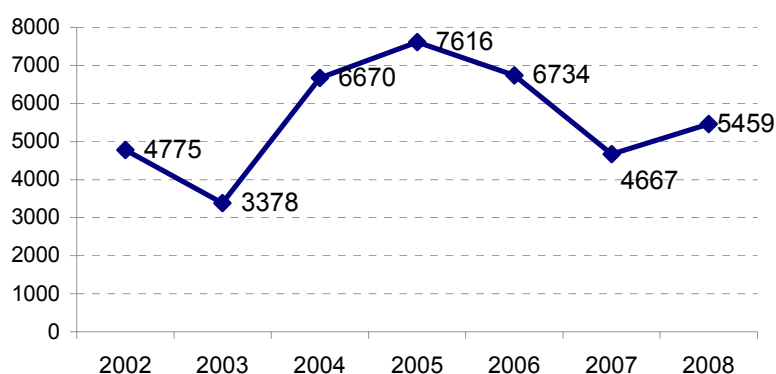
A 2008-tól új elnevezéssel ellátott Egységes Nyomozóhatósági és Ügyészségi Statisztikai rendszer (ENYÜBS) feladata a magyarországi bűnözéssel kapcsolatos statisztikai adatgyűjtés. Az ismertetett adatok azokra a bűncselekményekre vonatkoznak, amelyeknél az eljárás 2008-ban fejeződött be.

A bűncselekmények

A 2008. évi statisztikai adatok szerint (ENYÜBS 2009) 5459 visszaélés kábítószerrel bűncselekmény miatt indult eljárás zárult le a tárgyévben.

Az ENYÜBS adatai az mutatják, hogy 2008-ban az elmúlt két évtől eltérően emelkedett a hatóságok előtt ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények száma. A növekedés mértéke 17%-os volt. Mindemellett azonban a mennyiségi mutatók elmozdulása nem járt együtt az össz-bűnözésen belüli arányok változásával. A hatóságok előtt ismertté vált kábítószer-bűncselekmények összes bűncselekményen belüli aránya 2007-ben 1,1%, 2008-ban 1,3% volt.

55. ábra. Az ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények száma 2002-2008 között



Forrás: ENYÜBS

Az esetszám-növekedés azt jelzi, hogy „normalizálódik” az ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények száma, azaz nem, vagy egyre kevésbé befolyásolják a jogszabályi környezet változásai az ismertté vált kábítószer-bűncselekmények számának alakulását. Továbbá az esetszám egyre jobban közelít ahhoz, amely arányos a hazai

¹⁰⁶ A fejezet szerzői: Koós Tamás, Paksi Borbála, Ritter Ildikó, Tarján Anna

rendőrség e bűncselekménytípus üldözésére fordítható anyagi, személyi és logisztikai erőforrásai alapján felderíthető esetenagysággal.

2008-ban összesen 5480 esetben szerepelt kábítószer elkövetési tárgyként valamilyen ismertté vált bűncselekmény kapcsán. Ebből 5459 visszaélés kábítószerrel bűncselekmény volt, 5 kóros szenvedélykeltés, 2 vesztegetés, 1 kábítószer hatása alatt történő gépjárművezetés, és 13 vagyonelleni bűncselekmény (lopás, illetve rablás).

Az esetek 71,7%-ában valamilyen kannabisz-származék (marihuána vagy hasis) szerepelt elkövetési tárgyként.

Az eljárás időtartama

A kriminálstatisztikai adatok egyértelműen jelzik, hogy 2004 óta az adott tárgyévben indult és a nyomozás lezárásával a tárgyévben is végződött esetek aránya jóval alacsonyabb a 2003. évi Btk. és Be. módosítás¹⁰⁷ előtti időszakban mért (30% körüli) arányoknál (2004-ben 14,4%, 2005-ben 20,6%, 2006-ban 17,6% volt). A visszaélés kábítószerrel bűncselekmény elkövetése miatt indult eljárások, a korábbi szabályozáshoz képest, egyre jobban elhúzódnak. A 2008-ban indult eljárások közül gyakorlatilag csak minden 6. esetben fejeződött be a nyomozás az adott évben, sőt a két évnél régebben indult eljárások esetszáma és aránya is nőtt.

39. táblázat. Az ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények alakulása az elkövetés éve szerint 2007-ben és 2008-ban

Elkövetés éve	2007		2008	
	Esetszám	%	Esetszám	%
A tárgyévben	744	16,0	952	17,4
A tárgyévet megelőző évben	2638	56,5	2809	51,5
Két évnél régebben	1285	27,5	1698	31,1
Összesen	4667	100,0	5459	100,0

Forrás: ENYÜBS

Az elkövetési magatartások

A „termel, előállít, megszerzem, tart, behoz...” magatartások – amelyek elsősorban keresleti oldali, saját használattal összefüggő tevékenységeket takarnak – részaránya az összes ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekmény között 83,4% volt.

Ehhez képest a kínálati oldali bűncselekmények („kínál, átad, forgalomba hoz, kereskedik”) részesedése az ismertté vált esetek 16,14%-át teszik ki. Továbbá kevesebb mint 1%-ot tettek ki az előkészületi magatartások miatt indított eljárások.

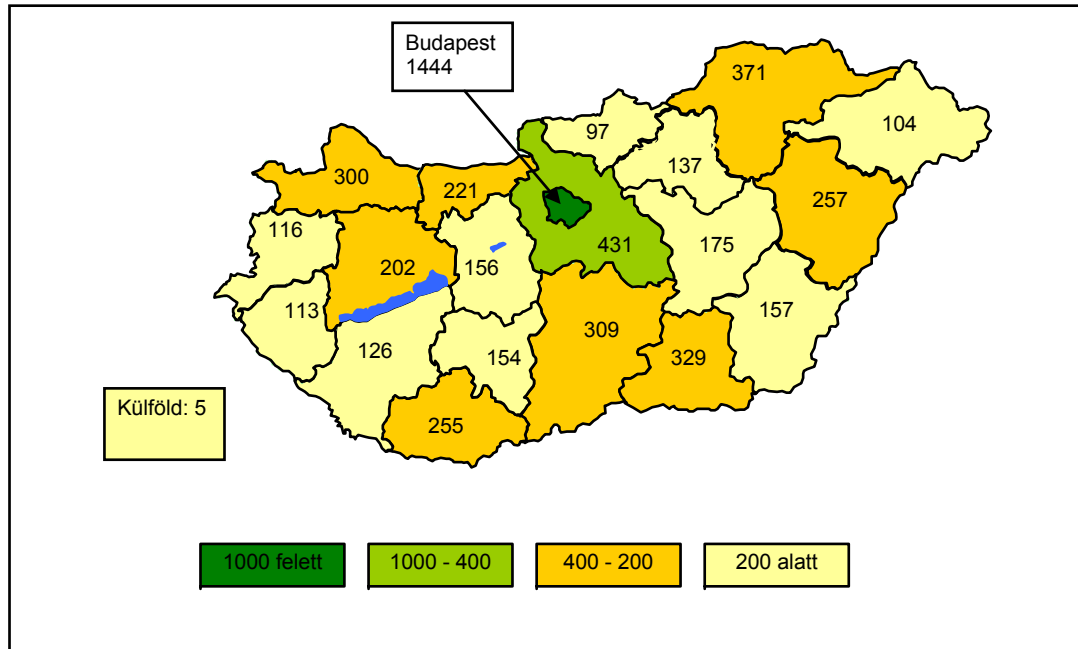
A keresleti oldali magatartások – tehát elsősorban továbbra is az alkalmi fogyasztók és kábítószerfüggők által elkövetett kisebb súlyú cselekmények – alkotják a hatóság előtt ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények jelentős részét.

¹⁰⁷ 2003. évi II. törvény, illetve 26/2003. (V. 16.) ESzCsM-GyISM együttes rendelet

Az elkövetés helye

2008-ban is a legtöbb visszaélés kábítószerrel bűncselekmény Budapesten vált ismertté (26,5%). A fővárost Pest (7,9%) majd Borsod-Abaúj-Zemplén (6,8%) megye követi.

4. térkép. A visszaélés kábítószerrel bűncselekmények számának megyék szerinti megoszlása az elkövetés helye szerint 2008-ban



Forrás: ENYÜBS, Nemzeti Drog Fókuszpont

Az elkövetők

Ahogy már korábban bemutatásra került, az ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények száma 2008-ban a 2007. évihez képest 17%-kal nőtt, a visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetőké pedig 20,9%-kal (2008: 4692 fő ; 2007: 3881 fő). A következőkben ezen elkövetők (4692 fő) szocio-demográfiai jellemzői kerülnek bemutatásra (függetlenül attól, hogy büntethetők voltak-e vagy sem).

Nemek szerinti megoszlás

Az ismertté vált kábítószerrel visszaélést elkövetők nem szerinti megoszlása továbbra is az előző évekhez hasonló arányokat mutat. A férfiak részesedése 90,2%, a nőké pedig 9,8% volt 2008-ban, csak úgy, mint 2007-ben. Gyakorlatilag ez az arány évek óta változatlan és megközelíti az összes bűnelkövető körében jellemző nem szerinti megoszlást.

Életkor szerinti megoszlás

A kábítószerrel visszaélő elkövetők életkori „előnye” a többi bűnelkövetővel szemben már 2007-ben is csökkent, bár e bűncselekménytípus továbbra is jellemzően fiatalabb korban követik el más bűncselekményekhez képest. A fiatalkorú (14-18 évesek) és fiatal felnőtt korosztály (18-30 évesek) érintett leginkább a jelenség kapcsán. A 2007-ben mért értékekhez képest jelentős elmozdulás nem történt. A 30 év alattiak aránya 84,9%, mindössze 1,1%-kal alacsonyabb, mint 2007-ben, de továbbra is jóval magasabb, mint más típusú bűncselekmények esetén, ahol ez az arány nem éri el a 60%-ot.

40. táblázat. A visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetők életkori megoszlása 2007-ben és 2008-ban

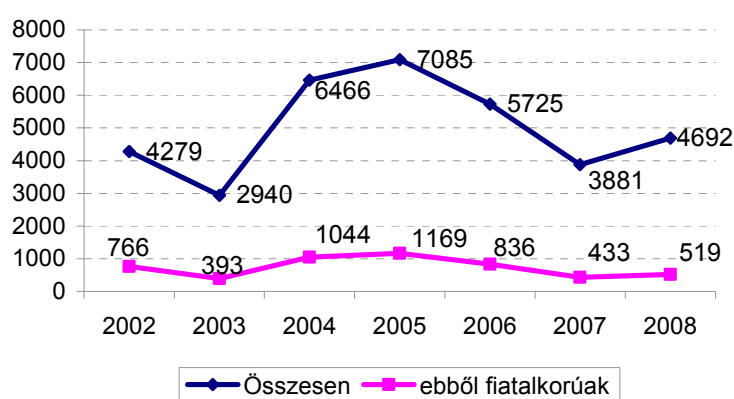
Korcsoportok	2007		2008	
	eset	%	eset	%
Gyermekkorú (0-14)	7	0,1	11	0,2
Fiatalkorú (14-18)	433	11,1	519	11,1
18–24 éves	1980	51,0	2308	49,2
25–30 éves	919	23,7	1148	24,5
31–40 éves	459	11,9	575	12,2
41–50 éves	67	1,7	101	2,2
51–60 éves	10	0,3	26	0,5
61 év feletti	6	0,2	4	0,1
Összesen	3881	100,0	4692	100,0

Forrás: ENYÜBS

Fiatalkorú elkövetők

A fiatalok aránya hazánkban, az összes elkövető körében, 2008-ban 9,8% volt. A fiatalok részesedése az összes elkövető körében (2007-ben 9,4%) és a visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetettek körében is stagnál. Az utóbbi esetében hasonló érték volt megfigyelhető 2007-ben és 2008-ban is (2008-ban 11,3%; 2007-ben 11,2%). Gyakorlatilag minden tizedik visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövető, a 2007. és a 2008. évi bűnügyi statisztika szerint, fiatalkorú volt. Az ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekményeken belül a fiatalok aránya 2007-hez és 2008-hoz hasonló alacsony részesedését 1997 óta nem detektálták. Nemcsak az esetszámok, hanem a fiatalok részesedése az ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekményeken belül is jelzi a „normalizálódó” tendenciát. Ez a részesedési arány már közelít az össz-bűnözésen belül megfigyelt részarányokhoz. Ezek az adatok azt is jelzik, hogy a rendőrség már nem tekinti különleges területnek e cselekményeket, erőforrásait más bűncselekmények felderítésére fordítja, továbbá az adatok háttérében áll a rendőrség új stratégiája is (lásd 9.2 fejezet).

56. ábra. A visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetők száma 2002-2008 között



Forrás: ENYÜBS

Iskolai végzettség szerinti megoszlás

A kábítószerrel visszaélők 47,1%-a általános iskolai, 24,6%-a szakmunkás végzettségű volt, 21,8%-uk rendelkezett érettségivel, az egyetemet, főiskolát végzettek aránya pedig 1,8% volt 2008-ban. Mindössze 1%-uk - 7 gyermekkorú - nem fejezte még be az általános iskolát, továbbá az elkövetők 4,7%-ának iskolai végzettségéről nincs adat.

Továbbra is érvényes az a megállapítás, hogy az „átlagos” kábítószerrel visszaélő sokkal iskolázottabb az „átlagos” bűncselekményt elkövetőnél. Alig volt olyan elkövető (0,1%), aki ne rendelkezett volna legalább általános iskolai végzettséggel, vagy az elkövetés idején éppen ne végezte volna azt.

Az elmúlt évek során nem történt jelentős változás a visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetők iskolai végzettség szerinti megoszlásában.

Előélet szerinti megoszlás

2008-ban az ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetők közel egyharmada (31,2%) volt büntetett előéletű. Habár a büntetett előéletűek részesedése 1,2%-kal alacsonyabb, mint 2007-ben, gyakorlatilag az elmúlt öt évben mért megoszlás, a büntetett, illetve a büntetlen előéletűek tekintetében állandósulni látszik. A büntetett előéletű elkövetők 24,2%-a volt visszaeső. A visszaesők aránya azonban évek óta – habár évente csak 1-2%-kal –, de növekszik. 2007-hez képest 2 százalékpontos az emelkedés mértéke.

A büntetett előéletű elkövetőknek jelentős része kábítószerfüggő és korábbi bűncselekményeik is a szerhasználat vagy a szerhez jutással voltak összefüggésben.

A visszaélés kábítószerrel bűncselekmények elkövetőinek többsége (68,8%) első büntényes, azaz korábban még nem volt büntetve. Ez az arány magasabb, mint az egyéb bűncselekmények esetében.

Vádemelés elhalasztása

2008-ban a befejezett, kábítószerrel visszaélés bűncselekményt elkövetővel szemben elrendelt vádemelés elhalasztások száma 1613 volt. Míg 2007-ben az összes ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekmény miatt eljárás alá vont elkövető 39,1%-ával (1519 fő) szemben került sor vádemelés elhalasztására, addig 2008-ban ez az arány 34,4% volt.

2008-ban ezt a jogintézményt hazánkban összesen 5738 elkövetővel szemben alkalmazták (ez az összes elkövető 4,7%-a volt). Az összes vádhalasztás 28,1%-a visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetővel szemben történt. (2005-ben 54,0%, 2006-ban 43,2%, 2007-ben 35,3%-a volt).

Nyomozás megszüntetésével járó büntethetőséget megszüntető egyéb ok megállapítása, 2008-ban 966 esetben történt. (2007: 557 eset; 2006: 94 eset; Ennek háttérében a büntetőeljárásról szóló 1998. évi XIX. törvény módosításáról szóló 2006. évi LI. törvény áll, lásd: Éves Jelentés 2006, 1. fejezet).

2008-ban tovább csökkent a vádemelés elhalasztása jogintézmény alkalmazásának gyakorisága a visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetőkkel szemben. Ez egyrészt azt jelzi, hogy a „normalizálódás” ezekben az adatokban is tükröződik, azaz a jogszabályi környezet módosításának hatása már nem érzékelhető számottevően. Továbbá az adatok háttérében áll az is, hogy egyre többen a nyomozati szakban már elkezdik az elterelést, amely a nyomozás megszüntetésével járó büntethetőséget megszüntető egyéb ok megállapítását vonja maga után.

Következménybűnözés – a kábítószer hatása alatt történő bűnelkövetés

2008-ban 40,9%-kal többen követtek el bűncselekményt kábítószer vagy kábító hatású anyag hatása alatt, mint 2007-ben (2007: 2761 fő, 2008: 3891 fő).

Ezek közül legtöbben (56,2%) a kábítószerral visszaélés bűncselekményt valósítottak meg, azaz ennyi elkövető ellen indult eljárás azért (is), mert kábítószert fogyasztott, kábítószert találtak a szervezetében.

További bűncselekményi csoportokra lebontva, vagyon elleni bűncselekményt követett el a kábítószer vagy kábító hatású szer hatása alatt állók 23,3%-a (905 fő). Hasonló érték volt mérhető 2007-ben is. Ebből 73-an rablást követtek el.

Közlekedési bűncselekményt 3,8% (148 fő) követett el. Ebből járművezetés bódult állapotban tényállást 36 fő, míg közúti baleset gondatlan okozása bűncselekmény alakzatait 73 fő követett el.

A személy elleni bűncselekmények aránya 4,8% volt. A mindösszesen 187 kábítószer hatása alatt elkövetett, ismertté vált személy elleni bűncselekmények közül 18 volt befejezett emberölés, plusz ehhez társult még 13 emberölési kísérlet, 75 esetben súlyos testi sértés történt. A személy elleni cselekmények növekvő aránya és megoszlása kiemelendő. Garázdaságot a kábítószer vagy kábító hatású szer hatása alatt állók 3,3%-a (129 fő) követett el.

Ezek a kriminálstatisztikai adatok továbbra is azt tükrözik, hogy a bűnözői szubkultúrában egyre több a kábítószertfüggő, illetve növekszik azoknak az aránya, akik „belecsúsztak” a szenvedélyszer-használat következményeként az egyre gyakoribb bűnelkövetésbe és a bűnöző szubkultúrába.

9.2. A KÁBÍTÓSZER-BŰNÖZÉS MEGELŐZÉSE¹⁰⁸

Az Országos Bűnmegelőzési Bizottság 2008-ban 7 olyan komplex bűnmegelőzési programot támogatott, amelyek kábítószer-prevenációs elemeket is tartalmaznak.

A Nemzeti Drogstratégiával és az Európai Unió kábítószer elleni cselekvési tervével összhangban, a Magyar Köztársaság Rendőrsége Drogstratégiájának részét képező 2007-2014. közötti időszakot átfogó stratégiai tervben rögzített feladatok egységes végrehajtása érdekében, az ORFK vezetője kiadta a Magyar Köztársaság Rendőrségének Drogstratégiájában rögzített feladatok egységes végrehajtásáról szóló 17/2006. (XI. 24.) ORFK utasítást. A drogstratégia a bűnügyi szakterület elé több célt állított, illetőleg feladatot határozott meg a kínálatcsökkentés, valamint az elkövetők vonatkozásában. Az elsődleges és legfontosabb cél a bűnügyi szervek számára, hogy a fogyasztói – csekély mennyiségű kábítószere megvalósított birtokló típusú – magatartások helyett a bűnüldözés súlypontja a jelentős mennyiségű kábítószere megvalósított – legfőképp a kereskedő típusú elkövetési magatartásokkal összefüggő – bűncselekmények irányába tevődjön át.

A 2007-es évben problémaként merült fel, hogy több megyei rendőr-főkapitányságon továbbra is rendszeresen hajtanak végre úgynevezett, a köznyelv által diszkó razzianak vagy drograzzianak nevezett intézkedéseket. Az Állampolgári Jogok Országgyűlési Biztosa egy salgótarjáni szórakozóhelyen megtartott kábítószer razzia során az intézkedés alá vontak alkotmányos jogainak megsértését állapította meg. Ezt az ORFK vezetőjének jelezte. Ennek nyomán az ORFK vezetője 2007 decemberében a kifogásolt gyakorlatot megtiltotta.

¹⁰⁸ Igazságügyi és Rendészeti Minisztérium beszámolója alapján

A szervezett kábítószer-bűnözés megelőzése

A visszaélés kábítószerrel bűncselekmény miatt folytatott nyomozások tapasztalatai alapján 2008. év elején, a Nemzeti Nyomozóirodánál és a Budapesti Rendőr Főkapitányságon (BRFK) szervezeti korszerűsítést hajtottak végre. A kábítószer felderítést országos szinten a Nemzeti Nyomozó Iroda Szervezett Bűnözés Elleni Főosztály Kábítószer Bűnözés Elleni Osztály végzi összesen 22 fő hivatásos beosztottal. A Budapesti Rendőr-főkapitányságon 2008-ban vonták össze a különböző főosztályokon kábítószer bűnözéssel foglalkozó egységeket, így alakult meg a Kábítószer Bűnözés Elleni Szolgálat 51 fő hivatásos beosztottal. Az átalakításoknak köszönhetően az új egységek jó eredményeket értek el, mivel a lefoglalt marihuána, amfetamin származékok és kokain mennyisége az előző évhez képest jelentősen megemelkedett. (Lásd: 10.2. fejezet)

9.3. BEAVATKOZÁSOK A BÜNTETÉS-VÉGREHAJTÁS INTÉZMÉNYEIBEN

Elterelés intézménye

A büntetőeljárás alternatívájaként kezelték adatainak részletes elemzése az 5.3. fejezetben olvasható.

Eltereltek a büntetés-végrehajtás intézményein belül

A fogvatartottak kábítószer-függőséget gyógyító kezelésére, a kábítószer-használatot kezelő más ellátására, illetve megelőző-felvilágosító szolgáltatáson való részvételére a kijelölt bv. intézetekben került sor.¹⁰⁹ Az alternatív kezelések szakmai feladatai közül a kábítószer-függőséget gyógyító kezelés elsősorban az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet (a továbbiakban: IMEI) szakembereire hárult, a függőséget gyógyító kezelésben részt vevők elhelyezését az erre kijelölt bv. intézet biztosította. 2008-ban 18 függőséget gyógyító kezelés fejeződött be, 34 még folyamatban maradt, illetve kettőt kellett félbeszakítani. A kábítószer-használatot kezelő más ellátás vonatkozásában az erre kijelölt bv. intézetekben 2008-ban 8 befejezett kezelés volt, 19 volt még folyamatban, illetve hatot kellett félbeszakítani. A megelőző-felvilágosító szolgáltatás részben önálló hatáskörben, illetve többnyire civil, valamint más szervezetek közreműködésével teljesült. 2008-ban 61 esetben sikerült befejezni a megelőző-felvilágosító programot, 93 személynél még folyamatban volt, és 50 fogvatartottnál került sor félbeszakításra különböző indokkal.

A büntetés-végrehajtás intézményrendszerén belül kezelt eltereltek szociodemográfiai, illetve kábítószer-használati jellemzőiről az Országos Addiktológiai Centrum TDI adatbázisából is rendelkezésre állnak adatok. A TDI-adatbázisba a TDI-protokollnak megfelelően a büntetés-végrehajtási intézetek is jelentik a kezelésbe lépő eseteiket.¹¹⁰ A kezelés definíciója megegyezik az egészségügyi ellátórendszerben, ill. a TDI-protokollban megadott kezelés-definícióval.¹¹¹

Az OAC TDI-adatbázisa 2008 évre vonatkozóan összesen 62 kliens TDI-adatlapját tartalmazta (OAC 2009). Az alacsony esetszám miatt célszerű az esetszámokat közölni az egyes TDI-adattáblák elemzése kapcsán, százalékszámításra csak korlátozottan van mód.

¹⁰⁹ A Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnokságának beszámolója alapján

¹¹⁰ Számszakilag a TDI adatok azonban nem egyeznek meg a BVOP által jelzett kezelési adatokkal, mivel a BVOP a tárgyévben befejezett és megszakított kezeléseket regisztrálja, a TDI pedig a tárgyévben megkezdetteket.

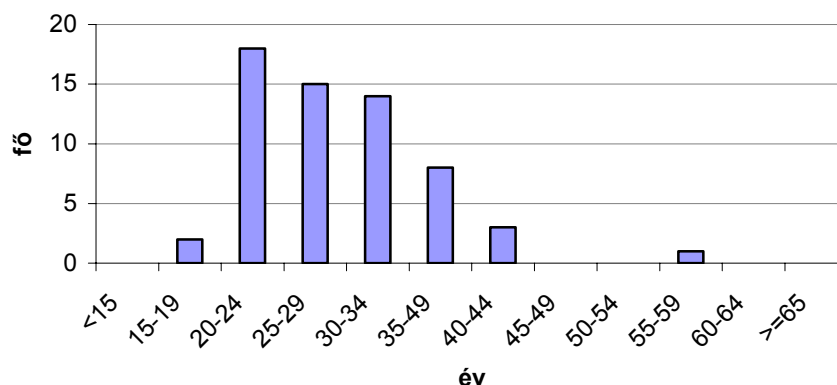
¹¹¹ A „kezelés” bármely olyan tevékenység, amely közvetlenül célozza meg a kábítószer-használatból eredő problémákkal küzdő személyeket, és amely javítani kíván a kábítószer problémáik miatt segítséget keresők lelki, egészségi, vagy szociális állapotán. Ez a tevékenység gyakran a kábítószer-használók kezelésére szakosodott létesítményekben zajlik, de megvalósulhat általános ellátási formákban is, ahol a kábítószer problémával küszködő emberek számára orvosi / pszichológiai segítséget kínálnak. (TDI protokoll)

Az összes kezelt 62 kliens közül 61 férfi és 1 nő. Az egyetlen női kliens életében először állt kezelés alatt, a férfiak közül 25 fő az életében először lépett kezelésbe, 22 fő már állt korábban kezelés alatt. 14 férfi esetében nem derült ki, hogy kezelték-e már korábban.

Minden kliens az elterelés valamely szolgáltatásának keretében lépett kezelésbe¹¹². A kliensek esetében a jogi helyzet az, hogy más bűncselekmény(ek) elkövetése miatt kerültek büntetés-végrehajtási intézetbe, és az illegális szerfogyasztás esetében lehetőségük nyílt az elterelés választására.

Viszonylag fiatal csoportról van szó, a legtöbben a 20-24 év közöttiek korcsoportjába tartoztak.

57. ábra. A kezelésbe lépők kormegoszlása a büntetés-végrehajtási intézményekben (csak a férfiak, N=61)



Forrás: OSZMK/OAC

Lakhatási feltételeik, munkaügyi státuszuk nem értelmezhető, általában az egyéb kategóriába sorolták az adatszolgáltatók őket. Többségük általános iskolai végzettséggel rendelkezik (45 fő, az összes kezelt körében), 11 fő középfokú végzettségű.

23 fő esetében heroin az elsődleges szer, közülük 10 fő idősebb 30 évnél. 16 fő használ amfetamint, ebből 7 fő idősebb 30 évnél. Érdekes, hogy a kannabisz-fogyasztó csoport fele (8 fő a 16-ból) szintén idősebb 30 évnél, azaz a kannabisz-fogyasztók átlagos életkora nem különbözik érdemben a más szereket fogyasztókéétól.

A szerhasználat módja vonatkozásában a heroin-használók mindegyike intravénás használó volt, a 16 amfetamin-használó közül 11 fő használt intravénásan kábítószer. Látható, hogy ez a csoport az átlagosnál sokkal magasabb szerfogyasztási kockázatot mutat.

A szerhasználat megkezdése viszonylag fiatal korban történt ennél a csoportnál, a heroin-fogyasztók 67%-a, az amfetamin-fogyasztóknak is 67%-a 19 éves kora előtt kezdte meg a szerhasználatot, ugyanez igaz a kannabisz-fogyasztókra is (10 fő a 16-ból).

Az életükben első alkalommal kezelték között a 6 fő heroin-fogyasztóból 3 fő, a 8 fő amfetamin-fogyasztó közül 4 fő, és a 7 fő kannabisz-fogyasztóból 3 fő 19 éves kora előtt kezdett el kábítószer fogyasztani.

A másodlagos szerek használata tekintetében tér el legkevésbé ez a csoport a más kezeltektől. Az összes kezelt heroin-fogyasztók körében a leggyakrabban említett másodlagos szer valamely stimuláns (22 említés, melyből 14 amfetamin), ezt követi a kannabisz, valamint további 6 esetben a kokain is említésre került.

Az amfetamin-használók másodlagos szere a kannabisz, ill. más stimulánsok (MDMA). A kannabisz-fogyasztók e csoportban is leggyakrabban valamely stimulánst említik második szerként, emellett az altató, nyugtató csoport, és az alkohol említése is előfordul.

¹¹² Kivétel nélkül mindegyik jelentett eset a beutalás eredete kérdésre a bíróság, ügyészség, rendőrség választ adta.

Egyéb beavatkozások a büntetés-végrehajtás intézményeiben¹¹³

Drogprevenciós körletek

2008-ban 23 bv. intézetben működött kábítószer prevenciós részleg. A kialakított 350 férőhelyen az önként jelentkező elhelyezettek létszáma átlag 220-250 fő között volt. A fogvatartottak elhelyezését külön zárkákban vagy körleten oldották meg. Elsősorban a szakmailag jól előkészített programok kaptak prioritást, valamint hangsúlyt fektettek arra, hogy a prevenciós részlegek irányítását olyan szakemberekre (pedagógus, szociális munkás, más nevelő) bízzák, akik szakmai felkészültségben és személyiségükben erre a tevékenységre leginkább alkalmasak.

A speciális prevenciós foglalkozások mellett a szakemberek kiemelten kezelték az egyéb szabadidős tevékenységek előkészítését. Az egyházi szervezetek és a börtönlelkészek is aktívan vettek részt a kábítószer-fogyasztói múlttal rendelkező fogvatartottak problémáinak kezelésében.

A bv. intézetek munkatársai főleg a fogvatartottak számára készültek fel prevencióval kapcsolatos előadásokra, foglalkozásokra, tréningekre, egyúttal az egészséges életmódra nevelésre is kitérve, de helyet kapott a bv. személyi állományának képzése is.

Egyéb beavatkozások

A szerteágazó feladatok és az egységes irányelvek, koordináció szükségessége miatt 2008. március 13-án létrejött a Büntetés-végrehajtási Szervezet Kábítószerügyi Szakmai Bizottsága (BVKSZB), elkészült szervezeti és működési szabályzata, ügyrendje. A BVKSZB feladatkörébe került a bv. szervezet keretein belül a kábítószer kínálattal, kereslettel összefüggő kérdések továbbá az ártalomcsökkentő programok országos koordinálása, a büntetés-végrehajtást érintő jogszabályban meghatározott feladatokat szabályozó intézkedések előkészítése, a prevenciós programok felügyelete, a szakemberek képzésével, továbbképzésével összefüggő irányelvek elkészítése, a tervezett intézkedésekhez módszertani útmutatók kidolgozása, pályázatok előkészítése, a működtetéshez források felkutatása. A BVKSZB megkezdte az együttműködést a kábítószerügyben érintett hazai és nemzetközi hivatalos és civil szervezetekkel.

9.4. KÁBÍTÓSZER-HASZNÁLAT ÉS PROBLÉMÁS KÁBÍTÓSZER-HASZNÁLAT A BÖRTÖNEN

Az egyik büntetés-végrehajtási intézet szakpszichológusai által kidolgozott suicidium felmérési teszt keretében kérdésként szerepelt a kábítószer-fogyasztás is.

Az egészségügyi személyzet a fogvatartottak befogadása során az anamnézishez kapcsolódóan továbbra is felmérte a bekerülés előtti drogfogyasztási szokásokat. Míg 2007-ben 1519, addig 2008-ban 1549 fogvatartott (10,5%) nyilatkozta azt, hogy fogyasztott már életében kábítószer.

¹¹³ A Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnokságának beszámolója alapján

Prevalencia vizsgálat, fogyasztási mintázatok

2008-ban kutatás¹¹⁴ (Paksi 2009a) készült a jogerősen elítélt fogvatartottak kábítószer-használatáról. A kutatás célpopulációját a vizsgálat idején a magyarországi büntetés-végrehajtási intézetekben jogerősen fogvatartott, magyar állampolgárságú, felnőtt korú elítéltek¹¹⁵ képezték.

A büntetés-végrehajtási intézetbe kerülést megelőző időszak drogfogyasztása

A magyarországi büntetés-végrehajtási intézetekben jogerősen fogvatartott populáció 43,8%-a¹¹⁶ kipróbált már bekerülése előtt valamilyen tiltott drogot¹¹⁷. A valaha fogyasztók több mint kétötöde, azaz minden ötödik-hatodik fogvatartott (18,2%) kinti életében pedig volt olyan periódus, amikor legalább heti rendszerességgel élt valamilyen tiltott szerrel.

A büntetés megkezdését megelőző évben minden harmadik, az utolsó kint töltött hónap során pedig minden ötödik jelenleg fogvatartott használt valamilyen tiltott drogot. A valaha használók körében a folyamatos fogyasztási ráta 76% volt a bekerülésük előtt, és az aktuálisan is használók aránya megközelítette a valaha fogyasztók háromötödét (58,3%).¹¹⁸

41. táblázat. *A tiltott szerek különböző idejű összesített prevalencia értékei (%) a bv. intézetbe való bekerülést megelőző életszakaszra vonatkoztatva (N=503)*

A tiltott szerfogyasztás prevalencia értékei	A válaszolók százalékában	A valaha fogyasztók százalékában
életprevalencia érték	43,8	-
éves prevalencia érték	33,5	76,0
havi prevalencia érték	25,7	58,3
rendszeres használat életprevalencia értéke	18,2	41,6

Forrás: Paksi 2009a

¹¹⁴ A kutatást a Budapesti Corvinus Egyetem Magatartástudományi és Kommunikációelméleti Intézet Viselkedéskutató Központ készítette a Nemzeti Drogmegelőzési Intézet finanszírozásával, és a Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnokságának támogatásával.

¹¹⁵ Az országos intézetek esetében az egyes intézetekben az aktuális fogvatartott listák alapján, SPSS programmal a helyszínen, egyszerű véletlen mintavételi módszerrel, arányos, a férfiak esetében 5%-os, nők esetében pedig – elemezhető számú megkérdezett biztosító felülreprezentálással – egyharmados mintát vettek a kutatás során. A megyei letöltőházak esetében a mintavétel két lépcsőben történt: régióként egy-egy, szakértői mintavétellel kiválasztott helyszínen, a régiókban fogvatartottak létszámával arányos véletlen minta került kiválasztásra. A minta összességében 700 főre volt tervezve. A kérdezés során a tervezetthez képest 93%-os, 652 fős mintát sikerült megvalósítani. A nemeként arányos országos minta előállításához a nők adatait kisebb súllyal (0,1534) vették figyelembe, az így kapott országos minta nagysága 503 fő. A szocio-demográfiai háttérrel, drogfogyasztáson kívüli szokásokkal, illetve a kérdezett jelenlegi objektív büntetés-végrehajtási státusára, és előéletére vonatkozó kérdéseket tartalmazó ún. „A” kérdőív face to face technikával került felvételre. A börtönbe kerülés előtti és a fogvatartás alatti drogfogyasztással kapcsolatos célváltozók, illetve néhány viselkedési addikcióval foglalkozó kérdéssor felvétele pedig önkitöltős technika felajánlásával történt. Az önkitöltős blokkot a kérdezettek közel háromnegyede (71,6%) alapvetően önállóan töltötte ki. A kérdezettek 28,4%-a esetében azonban az önkitöltős részek is face to face technikával kerültek felvételre. A kérdezők a válaszok megbízhatóságát az „A” kérdőívek felvétele során szerzett benyomásaik alapján 3 fokozatú skálán értékelték. Eszerint a tízből hét kérdőív esetében a kérdezők nem érzékelték olyan problémákat a kérdezés során, melyek az adatok minősége szempontjából problémát jelentenének. Mindössze a megkérdezettek 6%-a esetében tapasztaltak a kérdezők nagyfokú megbízhatatlanságára utaló jeleket a kérdezés során. Az adatfelvétel 2008. október 14. és december 12. között történt.

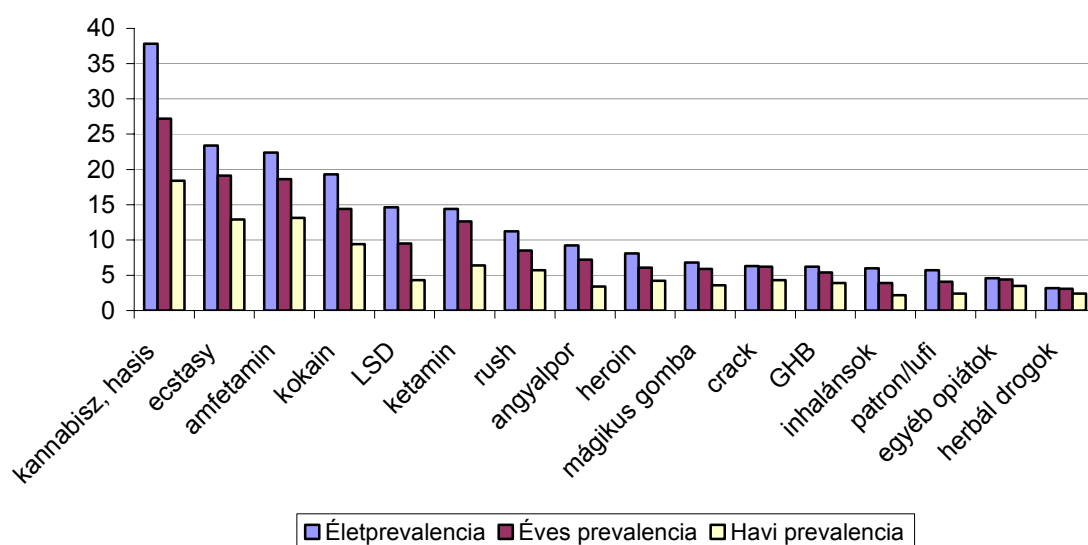
¹¹⁶ A mért érték maximum $\pm 3,8\%$ hibát tartalmaz.

¹¹⁷ A kutatás során a tiltott drogok közé az alábbiakat sorolták: Kannabisz, Ecstasy, Amfetamin, Kokain, Heroin, Egyéb opiát, LSD, Mágikus gomba, Crack, GHB, Bármilyen drog intravénásan, Herbál drogok, Rush, Angyalpor, l-por (ketamin)

¹¹⁸ A folyamatos használók aránya azt fejezi ki, hogy a valaha fogyasztók között milyen arányban (%) vannak azok, akik az elmúlt évben, azaz a közelmúltban is fogyasztottak (recent continuation rate). Az aktuálisan használók aránya a valaha fogyasztók körében azokat jelöli, akik az elmúlt 30 napban is fogyasztottak valamilyen drogot.

A fogvatartottak 37,8%-a, azaz a valamilyen tiltott drogot valaha használók döntő többsége (85,7%-a), használt már életében marihuánát vagy hasist. Az összes többi szer előfordulási gyakorisága – bár szintén jelentős – ennél jóval kisebb gyakoriságot vesz fel. A második-negyedik helyen az ecstasy, az amfetaminok illetve a kokain található, melyek elterjedtsége között gyakorlatilag nincs különbség, minden negyedik-ötödik fogvatartott fogyasztási struktúrájában megjelenik. 10% fölötti életprevalencia értékkel rendelkezik a fogvatartottak körében még az LSD és a ketamin, valamint a rush. A többi tiltott drog, és az inhalánsok életprevalencia értéke nem éri el a 10%-ot¹¹⁹. A fogvatartottak egytizede (10,4%) használt már életében valamilyen drogot intravénásan. A rövidebb idejű prevalencia értékek alapján ehhez képest nem található markáns eltérés a szersorrendben.

58. ábra. A szerenkénti prevalencia értékek (%) a bv. intézetbe való bekerülést megelőző életszakaszra vonatkozóan (a válaszolók százalékában, N=503)



Forrás: Paksi 2009a

A fogvatartott populáció prevalencia értékeit – a fogvatartottak körében való dominanciájuk következtében – a férfiak fogyasztási szokásai határozzák meg. Az összesített prevalencia értékek a nők körében szignifikánsan¹²⁰ alacsonyabbak. A szerenkénti értékek esetében azonban ez a nemenkénti különbség csak a kannabisz-származékok, az ecstasy és az LSD esetében mutatkoznak meg szignifikánsan. Tendencia jelleggel kisebb még a nők érintettsége a kokain, az angyalpor, a ketamin és a patron/lufi használat tekintetében. A mért értékek ugyan az összes többi drog vonatkozásában is magasabbak a férfiak esetében, azonban a különbség ott nem szignifikáns.

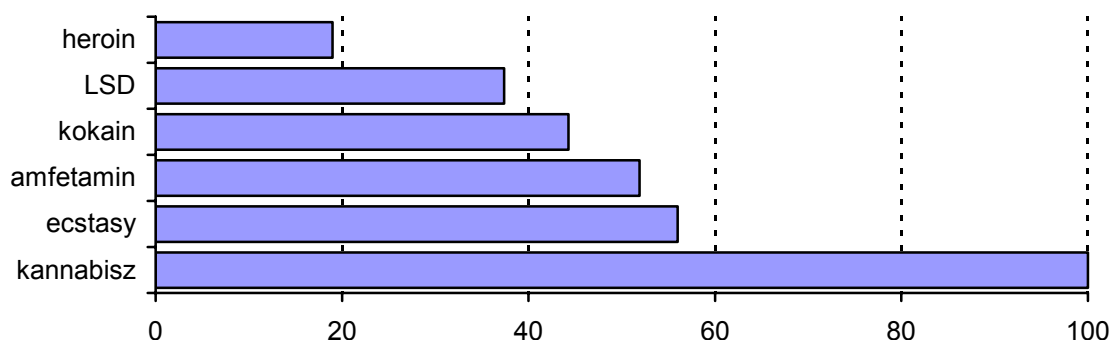
A különböző szerhasználatok kapcsolódásának kifejezését ún. „tiltottdrog-fogyasztási piramis”¹²¹ szemlélteti, amely azt mutatja, hogy azok, akik kinti életük során valaha fogyasztottak kannabiszt, milyen arányban fogyasztottak e mellett más szereket is. A kannabisz-használókra számított életprevalencia értékek – a piramis számítás során szokásosan vizsgált szerek esetében – a fogvatartott populáció egészére kapott értékeknek kétszeresét, két és félszeresét teszik ki. Tehát azoknak a fogvatartottaknak, akik jelenlegi büntetésük letöltésének megkezdése előtt kipróbálták a marihuánát vagy hasist, általában több mint kétszeres volt az esélye más tiltott drogokkal való kapcsolatba kerülésre, mint az átlagos fogvatartottaknak.

¹¹⁹ A dummy-drogtként használt, a felülbecslés mérésére alkalmazott „relewin” életprevalencia értéke a vizsgálatban 1,6% volt.

¹²⁰ Szignifikáns: $p < 0,05$; tendencia jellegű kapcsolat: $0,05 \leq p < 0,1$

¹²¹ EMCDDA (1999) 77-79. oldal

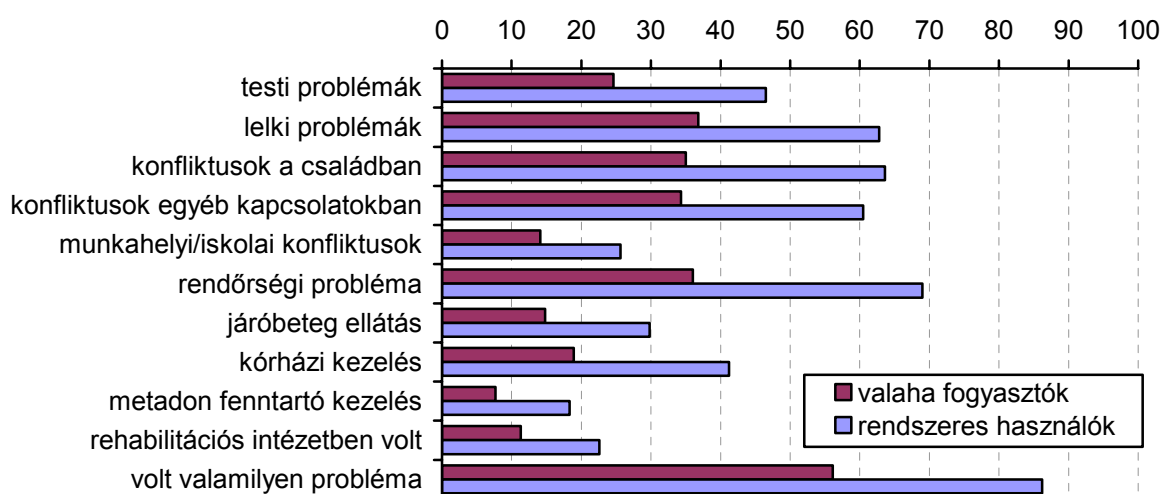
59. ábra. *Tiltott drog-fogyasztási piramis a bv. intézetbe való bekerülést megelőzően (a különböző szerek életprevalencia értéke a kannabisz-kipróbálók százalékában)*



Forrás: Paksi 2009a

A büntetés-végrehajtási intézetbe kerülés előtti időszakban valaha tiltott drogot fogyasztó fogvatartottak több mint felének (56,1%) az életében volt valamilyen – egészségi és/vagy lelki és/vagy kapcsolati és/vagy munkahelyi és/vagy rendőrséggel kapcsolatos – konfliktusa/problémája a drogfogyasztással összefüggésben. A rendszeres használat a problémák megjelenésének kockázatát összességében 30 százalékponttal növelte, s a problémák halmozódása is valamelyest gyakoribb volt körükben. Leginkább a lelki problémák, valamint a kapcsolati, illetve rendőrséggel való konfliktusok megjelenése volt jellemző, ezekről a problémákról a valaha használók több mint egyharmada, a legalább heti rendszerességgel használóknak pedig közel kétharmada számolt be. A büntető igazságszolgáltatással való összeütközések a valaha használók és a rendszeres használók esetében is leginkább kábítószerrel való visszaélés miatti rendőrségi eljárások (valaha használók esetében 30,2%, rendszeres használók esetében 59,3%), vagy drog hatása alatt elkövetett bűncselekmények (18,5% illetve 40,2%) voltak. A terjesztői típusú, illetve a drog megszerzése céljából elkövetett bűncselekmények előfordulása ezeknél jóval ritkább (11,8% ill. 26,4%) volt. A büntetés-végrehajtási intézetbe kerülés előtt a valaha használó fogvatartottak 23,9%-a, a rendszeres használók közel fele (48,8%) vett részt drogfogyasztása miatt valamilyen (ambuláns, kórházi, rehabilitációs, vagy fenntartó) kezelésen.

60. ábra. *A különböző drogfogyasztásra visszavezethető problémák előfordulása a bekerülést megelőző időszakban, a valaha fogyasztók, illetve a rendszeres fogyasztók százalékában*

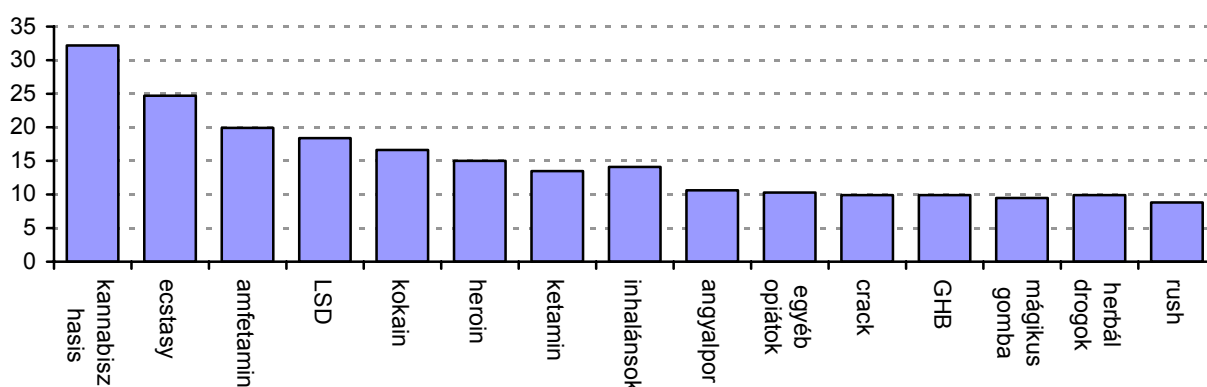


Forrás: Paksi 2009a

A büntetés-végrehajtási intézetbe kerülést követő időszak drogfogyasztása

A fogvatartottak egyharmada (33,8%), a bekerülés előtt valaha valamilyen drogot fogyasztók fele (50,7%), a rendszeres használóknak pedig 70,6%-a úgy gondolja, hogy a büntetés-végrehajtási intézetekben hozzáférhet valamilyen tiltott droghoz, – leginkább valamilyen kannabisz-származékhoz – ha akar. A különböző visszaélésre alkalmas egyéb szerek közül a fogvatartottak percepciói alapján a Rivotril a leginkább hozzáférhető (45,7%) szer a börtönökben, de a „dobi” (erős teafőzet) hozzáférhetősége is meghaladja a tiltott szerek elérhetőségét. A különböző szerek hozzáférhetőségével kapcsolatos percepciók tekintetében szignifikáns ($p < 0,001$) különbség mutatkozott a női és a férfi fogvatartottak között. Míg a férfi fogvatartottak 35%-a vélekedik úgy, hogy a büntetés-végrehajtási intézetekben ha akarná, hozzáférhetne valamilyen tiltott droghoz, addig a nők körében ez az arány mindössze 11,5%.

61. ábra. Az egyes szertípusok percipiált hozzáférhetősége a bv. intézetekben (a válaszolók százalékában, $N=503$)¹²²



Forrás: Paksi 2009a

A fogvatartottak 14,3%-a, a bekerülés előtt valaha valamilyen tiltott drogot fogyasztók 29,4%-a, a bekerülés előtt rendszeresen használóknak pedig közel fele (46,3%) használt valamilyen tiltott drogot a fogvatartási időszak alatt. A valaha valamilyen drogot fogyasztók túlnyomó többsége (90,9%) már korábban, a bekerülés előtt is használt valamilyen tiltott drogot. A fogvatartás ideje alatti drogfogyasztás tekintetében is szignifikáns ($p < 0,001$) nemi különbségek figyelhetők meg. Míg a férfiak 15%-a esetében kaptunk fogyasztásbevallást a benti időszakra vonatkozóan, addig a nők esetében ez az érték mindössze 1,2%. A bekerülés előtt használók fogvatartás alatti fogyasztása tekintetében hasonló nemi különbség mutatkozott: míg a bekerülés előtt valaha valamilyen tiltott drogot fogyasztó férfiak 30,3%-a használt a fogvatartás alatt is valamilyen tiltott szert, addig a nők körében ez az érték csak 4,7%.

42. táblázat. A tiltott drogok különböző idejű összesített prevalencia értékei a bv. intézetbe kerülés utáni időszakra vonatkoztatva

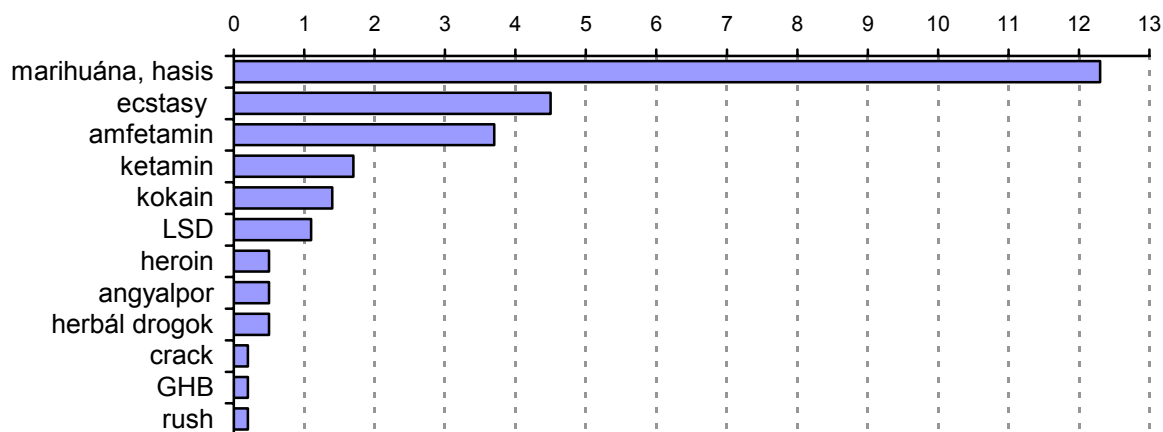
	a válaszolók százalékában	a bekerülés előtt valaha fogyasztók százalékában	a bekerülés előtt rendszeresen fogyasztók százalékában
a fogvatartás során fogyasztók aránya	14,3	29,4	46,3
éves prevalencia érték	8,4	17,0	28,2
havi prevalencia érték	3,2	5,8	10,8

Forrás: Paksi 2009a

¹²² Az ábra a „Mit gondol, mely szerekhez férne hozzá itt bent, ha akarna?”- kérdésre adott válaszok alapján készült.

A fogvatartási időszak alatt valamilyen tiltott drogot használók többsége, a fogvatartottak 12,3%-a fogyasztott valamilyen kannabisz-származékot, 4,5% ecstasyt, 3,7% amfetamint. A kokain, az LSD és a ketamin esetében a teljes fogvatartási időszakra vonatkoztatott prevalencia értékek 1-2% között mozognak. Rivotril, illetve „dobit” átlagosan a fogvatartottak egytizede használt már a jelenlegi fogvatartása alatt.

62. ábra. A különböző tiltott drogok fogvatartási időszakra vonatkozó életprevalencia értékei (a válaszolók százalékában, N=503)



Forrás: Paksi 2009a

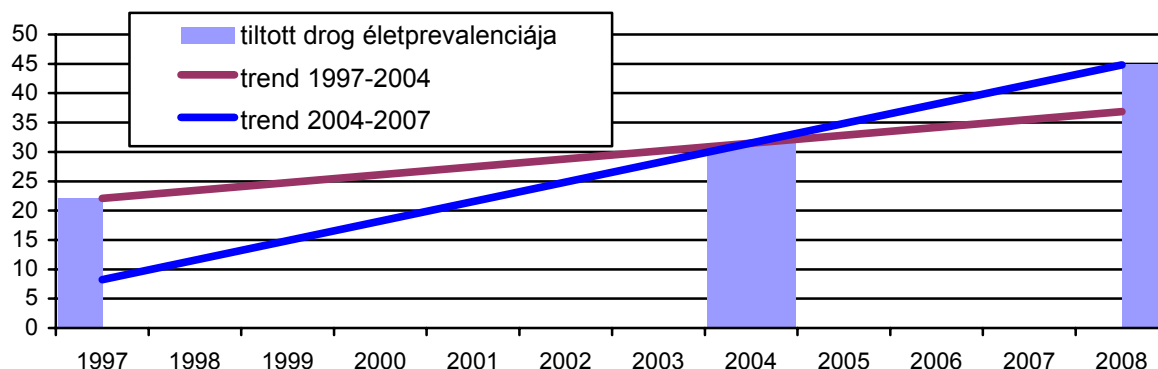
A fogvatartottak bekerülés előtti és utáni időszakra együttesen vonatkoztatott drogérintettsége

Tekintettel arra, hogy a fogvatartási idő alatt valamilyen tiltott drogot fogyasztók döntő többsége a büntetés-végrehajtási intézetbe való bekerülést megelőzően is használt már valamilyen tiltott drogot, a teljes életre vonatkoztatott (fogvatartás előtti vagy alatti) életprevalencia érték csak minimálisan haladja meg a bekerülés előtti időszakra vonatkozóan kapott értéket. A fogvatartott populációban a tiltott drogok teljes életre vonatkoztatott prevalenciaértéke 45,8% (férfiak esetében 46,9%, nők esetében 26,6%; $p < 0,001$).

A büntetés-végrehajtási intézetbe kerülést megelőző időszak drogfogyasztásának tendenciái

Az utóbbi négy évben (2004 és 2008 között) szignifikánsan, 31,5%-ról 44,8%-ra, azaz évente átlagosan 3,3 százalékponttal növekedett a jogerősen elítélt férfi fogvatartottak körében azok aránya, akik büntetés-végrehajtási intézetbe kerülésüket megelőzően fogyasztottak valamilyen tiltott drogot. Ez jelentősen meghaladja azt a növekedési ütemet, amit a kilencvenes évek végén, illetve az ezredfordulót követő években tapasztaltunk. 1997 és 2004 között az évi átlagos növekedési ütem 1,34 százalékpont volt. A fogvatartottak drogérintettsége ma 8 százalékponttal meghaladja az 1997 és 2004 közötti növekedési ütem folytatódása esetén várható értéket.

63. ábra. A tiltott drogok bv. intézetbe való bekerülést megelőző időszakra vonatkoztatott életprevalencia értékének változása a jogerősen fogvatartott férfiak körében 1997- 2008 között



Forrás: Paksi 2009a

A bekerülés előtti időszakra vonatkoztatott életprevalencia érték közel másfélszeres növekedése mellett a rövidebb idejű prevalenciák is növekedtek, így a valaha fogyasztókra számított folyamatos fogyasztási ráta nem változott, az aktuális fogyasztási ráta pedig mintegy 10 százalékponttal (azaz a korábbi rátát 100%-nak tekintve 23%-kal) növekedett a 2004 és 2008 közötti periódusban.

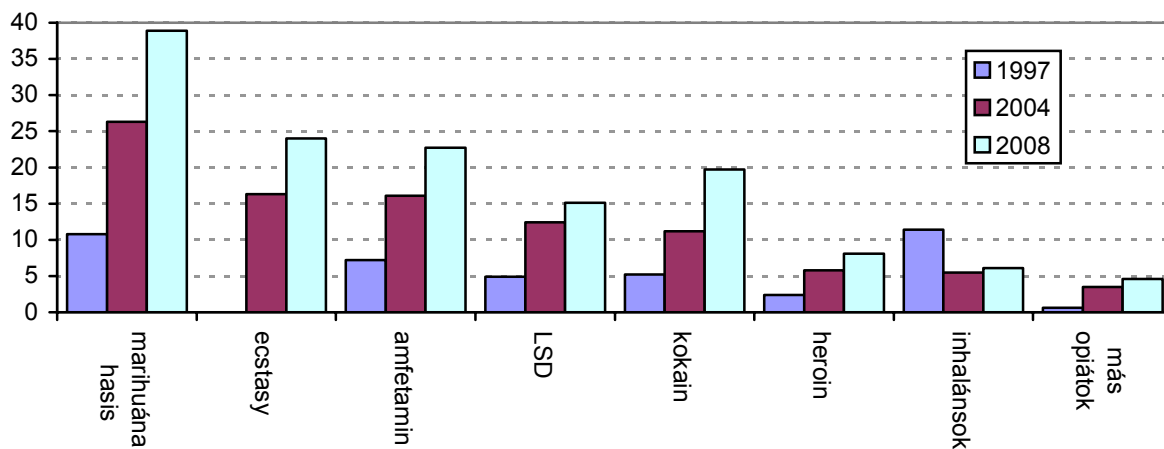
43. táblázat. A tiltott drogok különböző idejű összesített prevalencia értékei a jogerősen fogvatartott férfiak körében a bv. intézetbe való bekerülést megelőző életszakaszra vonatkoztatva 2004-ben és 2008-ban

	2004	2008	változás (2004=100%)
életprevalencia érték	31,5	44,8	142%
éves prevalencia érték	23,1	34,4	149%
havi prevalencia érték	15,2	26,6	175%
rendszeres használat életprevalencia értéke	12,4	18,8	152%
folyamatos fogyasztási ráta	73,3	76,8	105%
aktuális fogyasztási ráta	48,3	59,4	123%

Forrás: Paksi 2009a

Míg 1997 és 2004 között a fogyasztási struktúrában az inhalánsok háttérbe szorulásával, és a tiltott drogok, azon belül is elsősorban a kannabisz-származékok dominanciájának jelentős növekedésével leírható markáns átrendeződések voltak tapasztalhatók, az utóbbi 4 évben – az LSD kivételével – viszonylag egyenletesen növekedett mindegyik, a szerstruktúrában jelentősebb tiltott drog életprevalencia értéke.

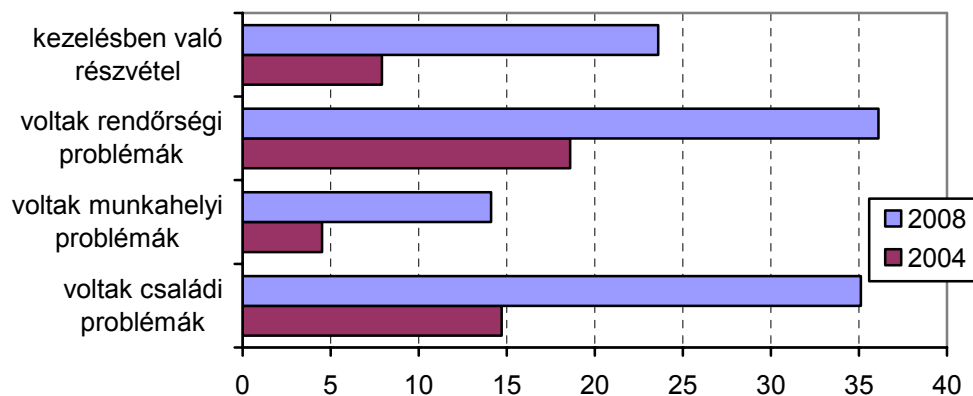
64. ábra. A különböző drogok bv intézetbe való bekerülést megelőző életszakaszra vonatkoztatott életprevalencia értékei a jogerősen fogvatartott férfiak körében 1997-ben, 2004-ben és 2008-ban (a válaszolók százalékában)¹²³



Forrás: Paksi 2009a

A fogyasztás elterjedtségének növekedése mellett jelentősen, 2-3-szorosára növekedett a valaha fogyasztókon belül azok aránya, akiknek az életében a drogfogyasztás következtében előfordultak már különböző – családi, munkahelyi, rendőrségi – problémák, vagy drogfogyasztásuk miatt valamilyen kezelésre szorultak.

65. ábra. A különböző drogfogyasztásra visszavezethető problémák előfordulása a bekerülést megelőző időszakban, a valaha fogyasztó jogerősen fogvatartott férfiak körében 2004-ben és 2008-ban (%)



Forrás: Paksi 2009a

A büntetés-végrehajtási intézetbe kerülést követő időszak drogfogyasztási tendenciái

A különböző tiltott drogok börtönbeli hozzáférhetőségével kapcsolatos fogvatartotti percepciók tekintetében – az 1997 és 2004 közötti csökkenést követően – nem voltak tapasztalhatók szignifikáns változások. A tiltott drogok börtönbeli hozzáférhetőséggel kapcsolatos fogvatartotti percepciók utóbbi években tapasztalható viszonylagos stabilitása

¹²³ Az 1997-es vizsgálat során a kérdőívben nem szerepelt ecstasy fogyasztásra vonatkozó kérdés. Tekintettel arra, hogy mindegyik kutatás prevalencia kérdései között szerepelt a „Előfordult-e Önnek, hogy valamilyen más, eddig még nem kérdezett szert használt drogfogyasztási céllal” kérdés, így az ecstasy-val kapcsolatos kérdés hiánya az összesített fogyasztási ráta nagyságát nem befolyásolta.

mellett szignifikánsan, 7,9%-ról 15%-ra növekedett azoknak a fogvatartottaknak az aránya, akik a jelenlegi fogvatartásuk alatt fogyasztottak valamilyen tiltott drogot.

A fogvatartottak bekerülés előtti és utáni időszakra együttesen vonatkoztatott drogérinthettségének tendenciái

Összességében a jogerősen fogvatartott férfi populációban 2004 év 2008 között a tiltott drogok teljes életre vonatkoztatott prevalenciaértéke 35,1%-ról 46,9%-ra növekedett.

Normálpopulációs kontextus

A 18-64 év közötti általános populáció drogérinthettségére vonatkozó adatokkal (Paksi, 2009b; Paksi és Arnold 2007) összehasonlítva megállapítható, hogy a fogvatartott népesség körében három és fél, négyszeres azok aránya, akik a civil életük során kapcsolatba kerültek tiltott drogokkal. A rövidebb idejű prevalencia értékek tekintetében a fogvatartottak nagyobb érintettsége még fokozottabban megjelenik, ennek következtében a fogvatartott fogyasztók közül a folyamatos-, illetve aktuális használók aránya is többszöröse az általános populációban jellemző értékeknek.

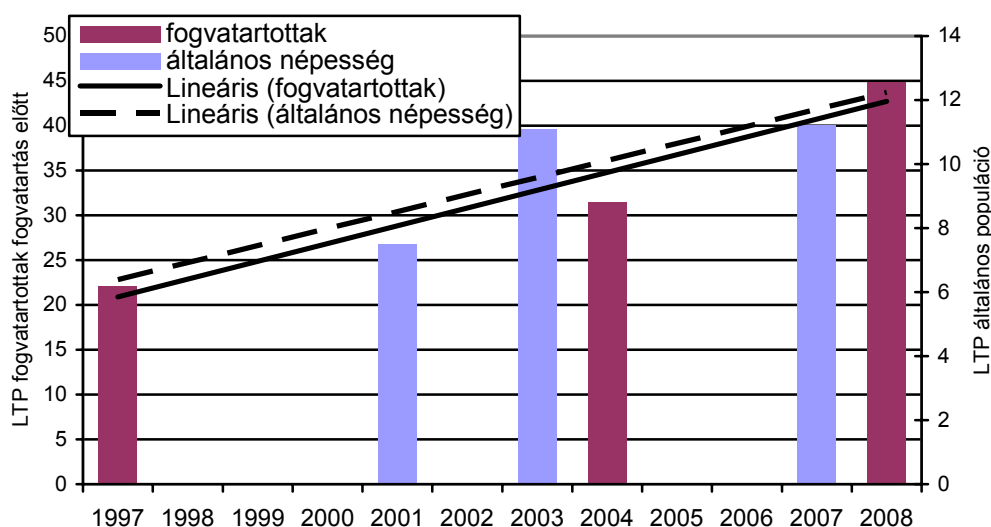
44. táblázat. *A tiltott drogfogyasztás főbb összesített mutatói a jogerősen fogvatartottak fogvatartás előtti életében, és az általános népességben*

	Fogvatartottak (2008)		Általános populáció (2007)	
	Férfiak	Nők	Férfiak	Nők
Tiltott drogok életprevalencia értéke	44,8	26,4	12,0	6,6
Folyamatos fogyasztási ráta	76,8	65,5	29,2	27,3
Aktuális fogyasztók aránya	59,4	39,8	15,0	12,1

Forrás: Paksi 2009a

1997 és 2004 között a fogvatartott populáció drogérinthettsége a magyar társadalomban bekövetkezett változások irányával harmonizálva növekedett, majd 2004 és 2008 között a növekedés a korábbi időszakhoz képest fokozódott. Mindezen változások olyan társadalmi kontextusban történtek, ahol a drogfogyasztás korábbi növekedési tendenciáját 2003 és 2007 között a stagnálás váltotta fel (Paksi 2003; Paksi 2009b). Ezek a változások nem a fogvatartottak társadalmi összetételének a nagyobb érintettségű társadalmi csoportok felé való elmozdulásának a következményei. A fogvatartottak esetében egy olyan speciális populációról van szó, melyben az utóbbi években zajló kedvező társadalmi változások egyelőre nem éreztetik hatásukat. Ugyanakkor, ha hosszú távú tendenciákat vizsgálunk, akkor úgy tűnik, hogy a lineáris görbék párhuzamosan haladnak, azaz a fogvatartott populációban zajló változások összességében az általános népességben történt változásokat időben elnyújtva leképezik.

66. ábra. A tiltott drogok életprevalencia értékének változása a férfi fogvatartottak fogvatartás előtti életében, és az általános népességben 1997-2008 között



Forrás: Paksi 2009a

Kábítószerhez való hozzáférhetőség a börtönben

A prevalencia vizsgálat (Paksi 2009a) részeként a fogvatartottak körében azt is felmérték, hogy szerintük mennyire könnyen lehet hozzáférni az egyes kábítószerhez a bv. intézeteken belül, az erről szóló adatokat lásd: ebben a fejezetben a büntetés-végrehajtási intézetbe kerülést követő időszak drogfogyasztásának elemzésénél.

A bv. intézetekben zajló hepatitisz C szűrőprogramhoz kapcsolódó kábítószer-használatot, illetve kockázati magatartásokat felmérő kutatás¹²⁴ (Nemzeti Drog Fókuszpont 2009a) során azt is megkérdezték a fogvatartottaktól, hogy véleményük szerint mennyire nehéz kábítószerhez jutni a börtönben. Az intézeten belüli kábítószerhez való hozzáférhetőség nehézségét egy 5 fokozatú skálán kellett megjelölnie a válaszadóknak. Az 1166 fő közül 1070 fő adott érvényes választ a kérdésre. A válaszadók 73,6%-a lehetetlennek, vagy nagyon nehéznek tartja az intézeten belül azt, hogy kábítószerhez jusson. A minta 13,7% gondolja azt, hogy közepesen nehéz, míg 12,7% úgy véli könnyű vagy nagyon könnyű kábítószerhez jutni az intézetekben.

45. táblázat. Kábítószerhez való hozzáférés megítélése a bv. intézetekben a szűrésben és kérdőívvezetésben részt vett fogvatartottak körében

A kábítószerhez való hozzáférés megítélése	Válaszok száma	%
lehetetlen	618	57,8
nagyon nehéz	169	15,8
közepesen nehéz	147	13,7
könnyű	50	4,7
nagyon könnyű	86	8
Összesen	1070	100

Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont 2009a

A Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnokságának jelentése szerint, 2008-ban 25 esetben, 29 fő érintettségével találtak kábítószerrel a büntetés-végrehajtás intézeteiben.

¹²⁴ A kutatás leírását, módszertanát lásd: 6.1 fejezet

Legtöbbször kannabisz-származékokat foglaltak le, 1 esetben 4 főt bódult állapotban találtak egy zárkában.

Kockázati magatartások

A bv. intézetekben zajló hepatitis C szűrőprogramhoz kapcsolódóan felmérték a fertőző betegségekkel összefüggő kockázati magatartásokat (Nemzeti Drog Fókuszpont 2009a). Az adatok bemutatása a 6.1. fejezetben található.

9.5. A KÁBÍTÓSZER-HASZNÁLAT EGÉSZSÉGÜGYI KÖVETKEZMÉNYEIRE ADOTT VÁLASZOK A BÖRTÖNBEN

Kezelés

Adatokat lásd 9. 3. fejezetben.

A bv. intézetbe kerülést követően 2007-ben 191, 2008-ban már 255 fogvatartott szorult fekvőbeteg szakellátásra elvonási tünetek miatt.

A metadon kezelés a bv. intézeten belül nem érhető el, de igény esetén a helyi drogambulanciával együttműködve megoldható a fogvatartott kiszállítása.

A speciális elvonó és egyéb programok között kiemelésre érdemes a korszerű szubsztitúciós kezelés, a buprenorfin-naloxon (Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézetben történő) alkalmazásának, illetve e terápia szélesebb körű bevezetésének vizsgálata a bv. intézetekből önként jelentkezők részére, a szabadulás előtt pár hónappal.

A fertőző betegségek prevenciója, kezelése, gondozása

Prevenció, szűrővizsgálatok

A büntetés-végrehajtási intézetekben (bv. intézet) 2003-tól kezdődően a HIV szűrés önkéntessé vált, amelynek következményeként – a részletes és alapos felvilágosítás ellenére – drasztikusan csökkent a HIV szűrést igénylők aránya, költségvetési forrás hiányában pedig nem volt lehetőség hepatitis B és C vírus fertőzöttség felderítésére irányuló vizsgálatokat felajánlani és bevezetni.

Áttörést jelentett egy kereskedelmi cég megkeresése, amelynek révén a Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnoksága (BVOP) egyetértésével és szervezésében, a büntetés-végrehajtási szakemberek közreműködésével, civil szervezetek és szakértők bevonásával már 2007-ben megkezdődött 7, majd 2008-ban folytatódott további 13 bv. intézetben a felvilágosítással egybekötött hepatitis C szűrőprogram. A programot támogatta az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat (ÁNTSZ), a vérminták vizsgálatára az Országos Epidemiológiai Központban (OEK) került sor (fertőzöttségi adatokat lásd: 6.1. fejezet).

A HCV kampány szűrővizsgálatok egy előzetes félórás felvilágosító előadással kezdődtek, amely után a fogvatartottak önkéntes módon vehették igénybe a szűrővizsgálatot. 2008-ban azokban az intézetekben ahol, arra lehetőség volt, a szűrés előtti időszakban a zárkákban a HCV vírussal kapcsolatos tájékoztató kisfilmet adták le.

Az év folyamán csatlakoztak a programhoz a Nemzeti Drog Fókuszpont munkatársai, akik a fogvatartottak körében a fertőző betegségekkel – elsősorban a hepatitis C vírussal – összefüggő kockázatos magatartásokról (szerhasználat, intravénás szerhasználat, tetoválás) indítottak el adatgyűjtést a szűréssel párhuzamosan (Nemzeti Drog Fókuszpont 2009a). A

válaszok sorszám alapján összeköthetőek voltak a szerológiai eredményekkel (adatokat lásd: 6.1. fejezet).

A Szociális és Munkaügyi Minisztérium közvetítésével átutalt forrásból származó fedezet lehetőséget adott arra, hogy a 2007-es és 2008-as HCV kampány szűrőprogramok során levett, mintegy 4000 vérmintából a hepatitis B, illetve az OEK költségvetéséből a HIV szűrések is megtörténjenek (részletes fertőzöttségi adatokat lásd: 6.1. fejezet).

46. táblázat. A büntetés-végrehajtási intézetekben elvégzett HIV szűrések- és a kiszűrt pozitív esetek száma, 2001-2008

Év	Szűrésen részt vettek száma	pozitívák száma	Incidencia (%)
2001	15936	7	0,04
2002	15537	3	0,02
2003*	2773	2	0,07
2004	2921	3	0,10
2005	2294	0	0
2006	943	1	0
2007	2992	0	0
2008	3367	2	0,06

* 2003-tól az önkéntesség elve szerint
Forrás: BVOP

A büntetés-végrehajtás intézményein belül TBC szűrés is elérhető (adatokat lásd: 6. 1. fejezet).

Kezelés, Gondozás

A hepatitis C vírus hordozó fogvatartottak gondozásba vételére, illetve az érvényes terápiás irányelveknek megfelelő gyógykezelésre is intézkedések történtek. 2008-ban a kiszűrtek közül (lásd: 6.1. fejezet) 33 főnél indult el az interferon kezelés. A többiek nem vállalták, vagy abbahagyták menet közben azt a kezelés mellékhatásai miatt.

A fogvatartottak hepatitis C megbetegedéssel kapcsolatos kezelését a bv. intézetekben található egészségügyi szolgálatok látják el a területi hepatológiai centrummal együttműködve. Amennyiben arra szükség van, a fogvatartottat kiszállítják a helyi hepatológiai centrum szakrendelésére.

A HIV szűrések eredményeképp 2 fő került HIV fertőzés miatt kezelésbe. A HIV-fertőzött egyének számára felajánlják, hogy büntetésüket a tököli Fiatalkorúak Büntetés-végrehajtási Intézetében, a HIV-fertőzöttek számára kialakított körleten töltsék le. A speciális körleten található orvosi rendelő is, ahol meghatározott időközönként a Szent László Kórház szakorvosa látja el a HIV-fertőzött fogvatartottakat.

A kiszűrt új, aktív TBC-s betegeket (2008: 21 fő) a Büntetés-végrehajtás Központi Kórházának Tüdőosztályán különítik el és kezelik.

9.6. A KÁBÍTÓSZER-FOGYASZTÓK REINTEGRÁCIÓJA A SZABADULÁS UTÁN

Az Igazságügyi Hivatal az Országos Bünmegelőzési Bizottság támogatásának köszönhetően 2007-ben indított el egy projektet, amelynek célcsoportja a drog- és alkohol-problémákkal érintett szabadulók voltak. A program a családi, illetve kisközösségi konferenciabeszélgetés módszerének alkalmazásával, a családi, kisközösségi kapcsolatok mozgósításával kívánta elősegíteni a szabadulást, illetve a társadalomba való visszailleszkedést. A projekt célja az volt, hogy a kliensek a család folyamatos támogatása mellett eljussanak a megfelelő kezelőhelyekre, illetve igénybe vegyék a helyi közösségben működő professzionális, és civil segítő szervezetek, esetlegesen egyházi közösségek, és a munkaügyi központ szolgáltatásait. A projekt 2007 szeptemberében kezdődött és 2008 április végén fejeződött be. A projekt időtartama alatt állapotfelmérés és egyéni addiktológiai konzultáció is biztosított volt. A projekt során 15 pártfogó felügyelő és 2 büntetés-végrehajtási nevelő vett részt a

családi döntéshozó konferencia módszerének elsajátítására irányuló képzésben. A projekt során 17 családi döntéshozó konferencia lebonyolítására került sor.

Ezt követően a Szociális és Munkaügyi Minisztérium és az Igazságügyi és Rendészeti Minisztérium előirányzat átcsoportosítási megállapodást kötött a kábítószer-fogyasztás megelőzésével kapcsolatos feladatok alcím terhére. Ebből a forrásból az Igazságügyi Hivatal Pártfogó Felügyelői Szolgálatának támogatásához jutott a 2008 áprilisában lezárult, drog- és alkohol-problémákkal érintett szabadulók utógondozói kísérleti programjának a folytatására. A program folytatása során oktatófilm készült a családi döntéshozó konferenciákról. Képzéseket tartottak a szerhasználókkal, alkoholfogyasztókkal való segítő munka során készíthető motivációs interjúkkal kapcsolatban, továbbá a családi döntéshozó konferencia módszeréről. 2008 folyamán a képzések lezajlottak, melyeken további 51 pártfogó felügyelő és 2 büntetés-végrehajtási nevelő vett részt. Családi döntéshozó konferenciák szervezése és annak lefolytatása összesen további 20 esetben történt. A képzésen részt vevő pártfogó felügyelők illetve nevelők számára esetmegbeszélő ill. szupervíziós lehetőséget is biztosítottak.

A miskolci Drogambulancia Alapítvány munkavállalást segítő tréningje speciálisan a szirmabesenyői Fiatalkorúak Regionális Büntetés-végrehajtási Intézetében szabadságvesztésüket töltő szenvedélybeteg fiatalok körét célozta meg. A program 90 órás tréning formájában 2008. január – 2008. március között valósult meg 24 fő részvételével. A program céljai között szerepelt a szakképzésre való ösztönzés, képzéseken való részvétel és a munkaerő-piaci visszatérésre való felkészítés.

Következtetések

A 2008. évben a korábbi évhez képest – a megelőző két év csökkenő tendenciájával ellentétben - ismét nőtt az ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények száma, 17%-kal. Az ezen bűncselekmény elkövetése miatt eljárás alá vontaké pedig 20,9%-kal. Mindemellett azonban a mennyiségi mutatók elmozdulása nem járt együtt az összбүнözésen belüli arányok változásával. A hatóságok előtt ismertté vált kábítószer-bűncselekmények összбүнözésen belüli aránya alig változott; 2007-ben 1,1%, 2008-ban 1,3% volt. 2007-hez hasonlóan, 2008-ban ismét gyakorlatilag minden tizedik visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövető fiatalkorú volt (11,3%). Az ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekményeken belül a fiatalkorúak ilyen alacsony részesedésével 1997 óta nem találkoztunk. Az esetszám-növekedés azt jelzi, hogy „normalizálódik” az ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények száma: azaz nem vagy egyre kevésbé befolyásolják a jogszabályi környezet változásai az ismertté vált kábítószer-bűncselekmények számának alakulását. Nemcsak az esetszámok, hanem a fiatalkorúak részesedése az ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekményeken belül is jelzi a normalizálódó tendenciát. A megfigyelt részesedési arány már közelít az összбүнözésen belüli részarányokhoz.

Az utóbbi négy évben (2004 és 2008 között) szignifikánsan, 31,5%-ról 44,8%-ra, azaz évente átlagosan 3,3 százalékponttal növekedett a jogerősen elítélt férfi fogvatartottak körében azok aránya, akik büntetés-végrehajtási intézetbe kerülésüket megelőzően fogyasztottak valamilyen tiltott drogot. 2004 és 2008 között 7,9%-ról 15%-ra növekedett azoknak a fogvatartottaknak az aránya, akik a jelenlegi fogvatartásuk alatt fogyasztottak valamilyen tiltott drogot, annak ellenére, hogy a börtönbeli hozzáférhetőséggel kapcsolatos fogvatartotti percepciók az utóbbi években viszonylag stabilak maradtak.

2007-ben széleskörű hepatitis C kampány szűrőprogram indult a büntetés-végrehajtási intézetekben, amelynek során közel az összes vérmintát HIV és hepatitis B vírus szempontjából is megvizsgálták.

10. KÁBÍTÓSZERPIAC¹²⁵

Háttér, előzmények

A Magyarországon lefoglalt kábítószergyanús anyagok vizsgálatát a Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet laboratóriumai végzik.

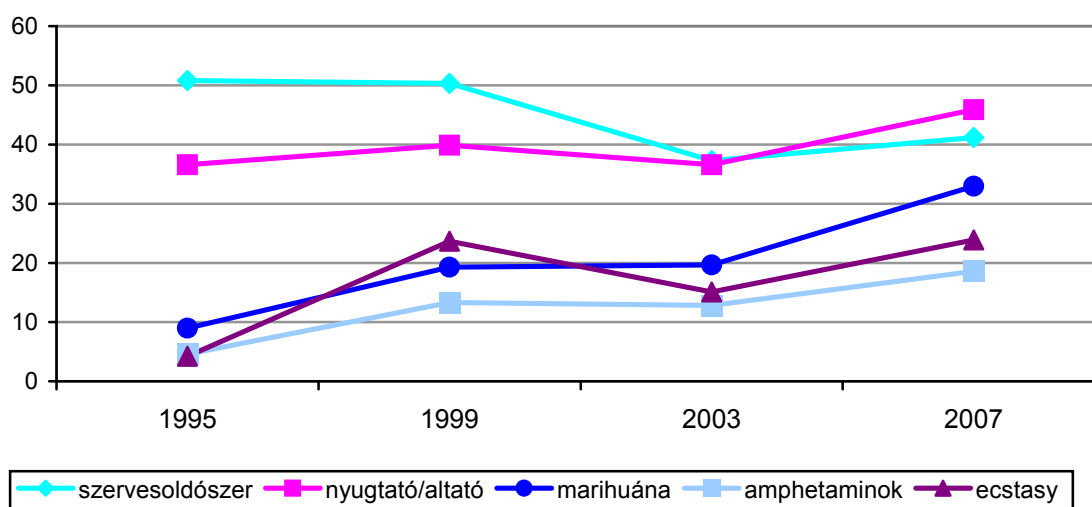
10.1. HOZZÁFÉRHETŐSÉG ÉS KÍNÁLAT

Hozzáférhetőség

Hozzáférés a középiskolai diákok véleménye alapján

Az ESPAD-kutatások¹²⁶ 1995-2007 közötti eredményei alapján (Elekes 2009), a valamennyi adatfelvételben vizsgált tiltott szerek (marihuána, amfetaminok, ecstasy) diákok által feltételezett elérhetősége jelentősen nőtt 1995 és 1999 között, majd a 2003. évi adatok az ecstasy esetében csökkenést, a többi szer esetében pedig stabilitást mutattak. A 2007. évi adatok mindhárom tiltott szer vélt elérhetőségének jelentős növekedését mutatják. A legnagyobb változás az elmúlt 12 évben az ecstasy vélt elérhetőségében figyelhető meg, amit ma hatszor annyi diák gondol könnyen/nagyon könnyen hozzáférhetőnek, mint 1995-ben, és ezzel az ecstasy feltételezett elérhetősége 2007-ben Magyarországon meghaladta az ESPAD-ban résztvevő európai országok átlagát. Az amfetaminok vélt hozzáférhetősége négyszeresére, a marihuánáé pedig háromszorosára nőtt 1995-től napjainkig. A marihuána vélt elérhetősége 2007-ben csupán 1 százalékponttal maradt el a valamennyi adatfelvételben részt vett országok európai átlagától. 2003-hoz képest nőtt az altatók/nyugtatók és a szerves oldószerek feltételezett hozzáférhetősége is, bár ez a növekedés nem olyan mértékű, mint a tiltott szerek esetében. Így ma a nyugtatókat/altatókat 9 százalékponttal többen, a szerves oldószereket pedig még mindig 9 százalékponttal kevesebben gondolják könnyen/nagyon könnyen hozzáférhetőnek, mint 1995-ben.

67. ábra. A különböző szereket könnyen vagy nagyon könnyen hozzáférhetőnek tartók aránya a 16 éves válaszolók %-ában 1995-2007 között



Forrás: Elekes 2009

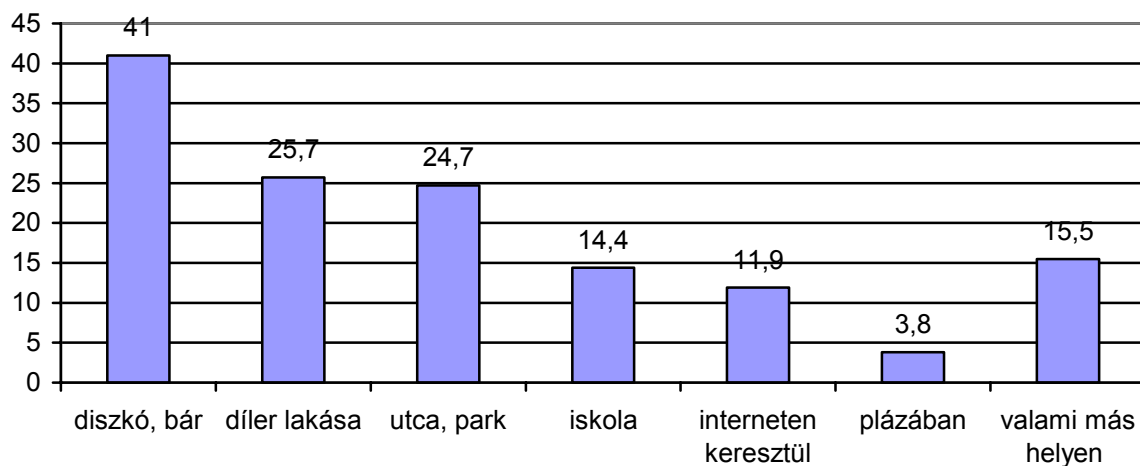
¹²⁵ A fejezet szerzői: Csesztregi Tamás, Elekes Zsuzsanna, Tarján Anna

¹²⁶ Módszertant lásd 2. fejezet

A kábítószerkehez való hozzáférhetőséget a 8-10. évfolyamosok körében végzett kutatás további két kérdéssel vizsgálta: egyrészt megkérdezte a fiatalokat arról, hogy a különböző felsorolt helyek közül melyek azok, ahol könnyen tudnának marihuánához/hasishoz jutni, másrészt megkérdezte, hogyha használtak már életükben marihuánát, ecstasyt vagy amfetaminokat, akkor kitől, hogyan szerezték ezeket.

A diákok több mint fele (56%) tudott legalább egy olyan helyet mondani, ahol szerinte könnyen kaphat marihuánát. Legtöbben a diszkót, a díler lakását illetve az utcát, parkot említették. Kevesebben gondolják azt, hogy az iskolában, vagy az Interneten keresztül juthatnak kábítószerhez, és a megkérdezetteknek alig 4%-a véli úgy, hogy a plázák jelentik azt a helyet, ahol könnyen lehet marihuánához jutni.

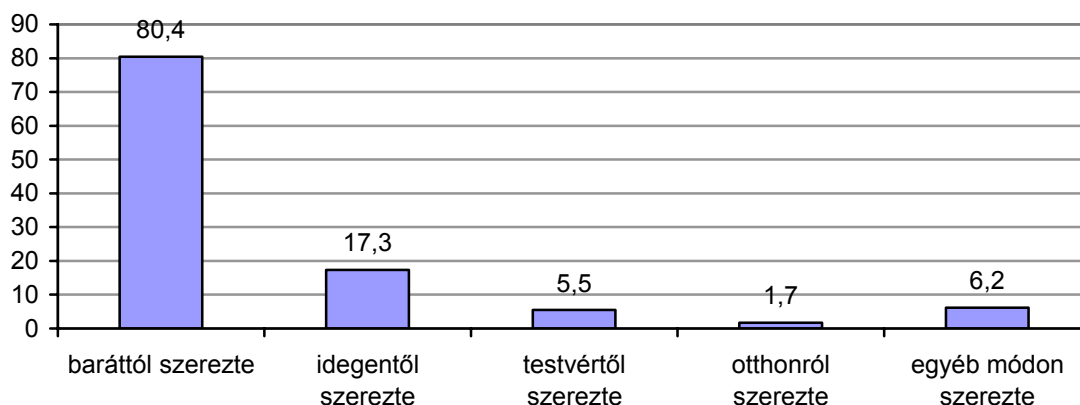
68. ábra. Helyek, ahol könnyen lehetne marihuánát vagy hasist szerezni a 8-10. évfolyamosok százalékában



Forrás: Elekes 2009

A kábítószerkehez (marihuána, ecstasy, amfetaminok) való hozzájutás tényleges módjaként a kábítószerkeket már próbáltak túlnyomó többsége valamilyen baráti kapcsolatot jelölt meg. A fogyasztók 80%-ának a kábítószerkehez jutás egyik forrását ez jelenti. Legtöbben baráti társaságban osztottak a szeren (48,6%) vagy kapták idősebb (34,9%) vagy fiatalabb/azonos korú (26,9%) barátaiktól. Kevesebben vannak azok (17,2%), akik vették barátaiktól a drogot. Idegeneket sokkal ritkábban (17,3%) jelöltek beszerzési forrásként a fiatalok, mint barátokat (6,3% vette valakitől, akit személyesen nem ismer, 4,6% idegentől vette). Szintén ritkán szerepelnek a testvérek a hozzájutás forrásaként. A hozzájutás egyik legritkább forrása az otthon (0,8%-nak szülői adták, 0,2% elvette a szüleitől engedély nélkül).

69. ábra. Honnan jutott kábítószerhez – a kábítószer már használtak százalékában

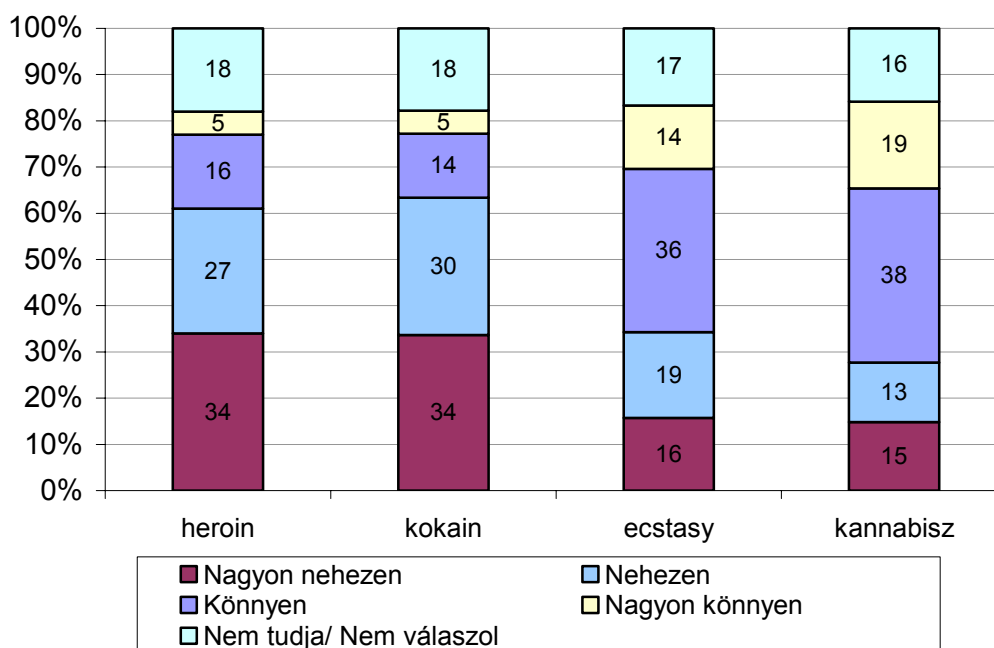


Forrás: Elekes 2009

Hozzáférés a 15- 24 évesek véleménye alapján

A 2008-as Eurobarométer vizsgálat (Flash 2008)¹²⁷ szerint, a magyar 15-24 évesek körében a kannabisz tekintetében nyilatkoztak legtöbbször úgy, hogy azt könnyen vagy nagyon könnyen be tudnák szerezni. Ezt követte az ecstasy majd a heroin, végül a kokain. A kokain és a heroin esetében elmondható, hogy több mint a válaszadók fele úgy nyilatkozott, hogy ahhoz nehezen, vagy csak nagyon nehezen tudna hozzájutni.

70. ábra. Az egyes kábítószer-típusok hozzáférhetősége az a 15-24 évesek szerint



Forrás: Flash Eurobarometer 233

¹²⁷ A vizsgálat a 15-24 évesek reprezentatív mintáján készült (N=500). A kérdőíveket telefonos interjú keretében vették fel 2008. április 15. és május 17. között.

A kínálat forrásai: hazai kábítószer-termesztés és előállítás, külföldi importálás¹²⁸

Az utóbbi időkig hazánkban forgalomba került marihuána (és minden egyéb kannabisz-származék) jelentős része Nyugat-Európából, főként Hollandiából, és a balkáni államokból került az országba, azonban további emelkedő tendenciát mutat a belföldön leleplezett és felszámolt ültetvények száma. Továbbra is népszerű az illegális házi kannabisz termesztés, amelyet a lefoglalt növények között a – jellemzően tápkockában nevelt – palánták 30% feletti aránya jelez. (További részletes adatok lásd: 11. 1. fejezet.)

A magyar hatóságok 2008-ban három alkalommal foglaltak le, összesen 63 000 liter ecetsavanhidridet, amely a heroin előállításához szükséges anyag.

2008-ban illegális-laboratórium lefoglalás nem történt. Azonban a jövőre nézve a növekvő keresletet és a technikai, anyagi háttér emelkedett szintjét figyelembe véve nem zárható ki, hogy hazai laboratóriumokban is megkezdődik az amfetamin gyártása. Azzal, hogy Magyarország a schengeni övezetbe tartozik, ennek lehetősége hatványozódik, különös tekintettel az övezeten belüli országhatárok szabadabb átjárhatóságára.

Csempésztútvonalak, a hazai piac szerkezeti felépítése

Csempésztútvonalak és a hazai piac struktúrája szertípusonként

Egy a kábítószerpiac jellegzetességeit vizsgáló kutatás¹²⁹ szerint (Mészáros 2009) az uniós csatlakozás a nemzetközi kereskedelem és a belpiaci cél szállítmányok terén egyaránt komolya változást hozott, hiszen a határállomások megszűnése, az infrastrukturális fejlesztések (elsősorban autópálya-építés) segítették a csempész útvonalak mind biztonságosabbá válását. A jelenség az addig szokásos futárkodási módzatok változásában is megmutatkozott: jóval kevesebb lett a ferihegyi behozatal, mint a régi időszakban, s inkább a gépjárműves szállítás dominál. A schengeni határváltozás már nem befolyásolta jelentősen a Magyarországon áthaladó tranzit, vagy éppen ide mutató útvonalakat. Ez leginkább a szintetikus kábítószer fajtákra lehet hatással, mert a déli határ a heroin szempontjából megmaradt „Európa kapuja”.

A magyarországi szervezetek felépítésében és működésének mechanizmusában átalakulás ment végbe az utóbbi időben. A kezdetben piramidális elrendezésű (befektető, szervező, beszállító, díler) nagy csoportokat felváltották a kisebb, egymással laza kapcsolatban álló, sejtyszerű elrendezésben működő diaszpórák. Ezek a csoportok befektetéseiket és beszerzéseiket is maguk intézik, s akár segíthetik is egymást (Mészáros 2009).

A Szervezett Bűnözés Elleni Koordinációs Központ jelentése (SzBEKK 2009) szerint az elosztási rendszerben csökkenni látszik a főváros-központúság, több észak-magyarországi és dunántúli terjesztőhálózat rendelkezik saját külföldi beszerzési csatornával. Az „egyetemi városok” elosztó központtá nőttek ki magukat Budapest szerepe továbbra is domináns.

Az Igazságügyi és Rendészeti Minisztérium beszámolója szerint (IRM 2009), a szintetikus kábítószerek tekintetében elmondható, hogy a csempészek elsősorban közúton, a határok

¹²⁸ A Nemzeti Nyomozóiroda, a Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet és az Igazságügyi és Rendészeti Minisztérium beszámolója alapján

¹²⁹ A 2009-ben, az OpenNetwork Piac- és Társadalom-kutató által végzett kutatásnak a célja az volt, hogy megvizsgálja a hazai kábítószerpiac működésének jellegzetességeit, illetve a kínálati oldalt. Mind kvantitatív, mind kvalitatív módszerek felhasználására sor került a kutatás elkészítése során. Az alkalmazott módszerek: „desk research” (statisztikai, kutatási dokumentumok gyűjtése/ másodelemzése, sajtó/tartalomelemzés). A kutatás során szakértői mélyinterjúk készültek a hazai bűnüldöző szervezetek kompetens munkatársaival, a kutatásban felkeresett rendvédelmi szervek a következők voltak: Vám- és Pénzügyőrség Központi Bűnüldözési Parancsnokság, Budapesti Rendőr-főkapitányság Kábítószer-bűnözés Ellenes Szolgálat, ORFK Bűnügyi Főosztály, Nemzeti Nyomozóiroda Kábítószer-bűnözés Elleni Osztály; Továbbá dílerekre vonatkozó esettanulmányokat készítettek és elemezték. A dílerek eléréséhez a hólabda jellegű rekrutálást alkalmazták, amely során 6 dílerrel készült interjú.

hiánya miatt alacsony kockázattal, a marihuánával egyező módon hozzák Magyarországra a kábítószer. Elsősorban a gépkocsikban kialakított rejtékhelyek igénybevételével történik a csempészet. Jellemzően a hazai elosztó hálózatok fejei Hollandiában, Belgiumban szintén magyar állampolgárokkal vannak kapcsolatban. Ezen külföldre települt személyek nagy része korábban hazánkban folytatott kábítószer-elosztó tevékenységet, majd egy büntetőeljárás miatt, vagy pusztán azért, mert itthoni tevékenységükkel komoly anyagi háttérrel teremtettek, külföldre települtek. Hollandiában valóságos magyar kolónia alakult ki, akik hazai kapcsolataikon keresztül szervezik a kábítószer csempészetét. A fogyasztók részére történő értékesítés terén is érezhető egyfajta átrendeződés. Míg korábban ezen kábítószerek nagy részét szórakozóhelyeken értékesítették, illetve vásárolták, addig mára ez jellemzően bejáratott dílereken keresztül lakáson, illetve közterületen történik.

Kokain vonatkozásában az úgynevezett futár-kiajánlások révén válik jelentőssé Magyarország szerepe: hazánkban menekülteként tartózkodó, elsősorban nigériai állampolgárságú férfiak személyes kapcsolatot alakítanak ki magyar nőekkel és azok ismerőseivel, akik maguk működnek közre futárként, vagy a hierarchiában feljebb lépve további futárokat szerveznek be. Dél-Amerikából nyeléssel, vagy egyéb rejtési módon a kokaint Nyugat-Európába csempészik, ahol azt a nigériai szervezőknek átadják. (További adatok lásd: 2008-as Éves Jelentés 10.1 fejezet). A hazai dílerek egyre inkább előnyben részesítik a kokain terjesztését. Ennek oka, hogy a fogyasztók köre sokkal szűkebb, exkluzívabb, zártabb, amely magasabb bevételt, kisebb lebukási kockázatot és állandó forgalmat jelent számukra.

A heroin tekintetében elmondható, hogy Magyarország tranzit, deponáló, illetve a célország szerepét tölti be a Balkán útvonalon. A deponáló szerep révén tőlünk jut el heroin például: Belgiumba, Hollandiába, Svájcba, Nagy-Britanniába és Franciaországba. A Nemzeti Nyomozóiroda felderítési adatai szerint a következő fontosabb csempész-módszerek váltak ismertté a heroin tekintetében: utazási irodák vagy személyszállító cégek, zöldség export-import cégek, illetve export-import fuvarozási cégek alapítása Európában, amelyeken keresztül megvalósul a kábítószer-csempészet, továbbá személygépkocsikkal való szállítás útján.

A felderítések során megállapítható, hogy a kannabisz-származékokkal foglalkozó elkövetői kör egyre szervezettebb, ebből fakadóan konspiráltabb, a bizonyításhoz szükséges tettenérés rendkívül komoly, összehangolt és jól képzett humánerőforrást igényel. A 2009. februári és márciusi, hatalmas kannabisz ültetvény felszámolások alátámasztják, hogy egy új, megerősödött „feketepiaci szereplővel” kell számolni. (További részletes adatok lásd: 11. 1. fejezet)

Bűnelkövetői csoportok jellemzői

Az Országos Rendőr-főkapitányság elemzése szerint, a bűnügyi hírszerzés, valamint a nyílt büntetőeljárások adatai alapján elmondható, hogy hazánkban a kábítószer bűnözés területén két, egymástól jellegzetességeik alapján elkülöníthető specializált bűnszervezeti forma alakult ki.

Az egyik a hagyományos értelemben vett bűnszervezetek, amelyek nem egyes bűncselekmény-típusok elkövetésére specializálódtak, de többszintű, jól strukturált rendszerben működnek. Tevékenységüket nemcsak hazánkban, hanem külföldön is folytatják, kiterjedt külföldi kapcsolatokkal rendelkeznek. Ezeknél a csoportoknál a visszaélés kábítószerral bűncselekmény nem elsődleges jövedelemszerző tevékenység. A felhalmozott, illegális úton szerzett tőkét eseti jelleggel kábítószemben kívánják „megforgatni”, az így szerzett extraprofitot pedig legális, vagy féllegális vállalkozásokba fektetni.

A másik típus a specializált bűnszervezet, az állandósult szervezett, vagy szervezettszerű bűnelkövetői csoport, amely a visszaélés kábítószerral bűncselekmény típus elkövetésére

szakosodott. Elsődleges jövedelemforrása ez a bűncselekményi kategória, amely mellett más jogsértő cselekményeket – jellemzően – járulékosan követ el.

Megállapítható mindkét szervezett elkövetési forma esetében az is, hogy azokban a vezető, irányító szerepeket rendszerint nem magyar anyanyelvű személyek látják el.

Ez különösen jellemző a nagybani heroin kereskedelem piacát uraló tisztán idegen-ajkú személyek irányította bűnszervezetekre. E körben meghatározó szerepet töltenek be a török, bolgár és koszovói albán elkövetői körök (Budapesten komoly populációval vannak jelen), amelyek etnikai, családi, vérségi alapon szerveződnek. Tevékenységüket a hosszú évek alatt kialakult és rögzült munkamegosztás, konspiráció jellemzi. A bűnszervezet szerveződésére a laza, sejtyszerű, horizontális struktúra jellemző. Ezen elkövetői kör által felhalmozott „piszkos pénz” jelentős részben visszaáramlik Törökországba, és ez biztosítja a kábítószer kereskedelem továbbélését. Hazánkban több török bűnözői csoport tevékenykedik, amelyek laza kapcsolatban állnak egymással, azonban együtt nem alkotnak különálló bűnszervezetet, mivel a Törökországban székelő, egész Európára kiterjedő török szervezett bűnözői csoportok magyarországi részét képezik.

Hozzájuk kapcsolódnak az elkövetés logisztikai feltételeit biztosító személyek, illetve az utcai kereskedelmet folytató vietnámi és magyar állampolgárok, akik legtöbbször maguk is függők, és többször álltak már eljárás alatt.

Budapesten külön vonalként kell foglalkozni a rendőri szerveknek a vietnámi szervezett bűnözői körökkel, akik komplett hálózatot üzemeltetnek a nagybani beszerzéstől a fogyasztó részére történő értékesítésig. Tevékenységük szigorúan konspirált, köreiből együttműködőt bevonni lehetetlen, velük szemben a technikai hírszerző eszközökkel és saját erőből (megfigyeléssel) lehet információt szerezni.

A bűnözői csoportok irányítói már nem, vagy csak ritkán, kivételes esetekben vesznek közvetlenül részt a bűncselekmények elkövetésében. A korábban illegálisan megszerzett jövedelmüket legális, vagy legálisnak látszó tevékenységekbe fektetik. Közvetlenül nem adnak utasítást a bűncselekmények végrehajtására, több lépcsőn keresztül valósul meg az irányítás. A csúcavezetők legfeljebb az anyagi bázist biztosítják az extraprofit elérése érdekében.

Egy kutatás¹³⁰ (Mészáros 2009) szerint, a szakértői vélemények alapján a hazai piacon jellemzően inkább a szélsőséges egzisztenciájú, vagy a nagyon rossz, vagy a nagyon jó körülmények közt élő családokból származó személyek, és inkább 20 és 35 év közötti férfiak foglalkoznak kábítószer kereskedelemmel/terjesztéssel. A kokain, a szintetikus kábítószeres és a marihuána esetében a terjesztők a magas kockázattal járó, de gyors haszon reményében, vagy a legális jövedelem, vállalkozásból származó bevétel kiegészítése mellett, vagy az elsődleges munkaerőpiaci részvétel helyett „főállásban” foglalkoznak kereskedéssel.

A heroin nagyon zárt piac, csak bizonyos terjesztői csoportok foglalkoznak vele leggyakrabban a pusher-ek, a napi adag fedezetéért.

¹³⁰ Módszertant lásd korábban ebben a fejezetben.

10.2. LEFOGLALÁSOK

Az alábbi táblázat a – kábítószeres bűnügyekben eljáró – Rendőrség valamint Vám- és Pénzügyőrség által lefoglalt anyagok együttes mennyiségét tartalmazza.

47. táblázat. *Lefoglalások száma és mennyisége 2007-ben és 2008-ban*

Szertípus	2007		2008	
	lefoglalások száma	lefoglalt mennyiség	lefoglalások száma	lefoglalt mennyiség
Marihuána (kg)	1352	346,6	1670	254,6
Kannabisz növény (tő)	70	1667 *	73	1523 *
Hasis (kg)	55	11,9	63	2,8
Heroin (kg)	154	80,3	128	28,6
Kokain (kg)	134	15,3	134	23,1
Amfetamin (kg)	417	35,8	456	61,8
Ecstasy tableta (db) /MDMA, MDA, MDE/ LSD (adag)	152	131 632	186	144 618
	12	71	18	266

* csak a laboratóriumba küldött reprezentatív minta mennyiségét tartalmazza
Forrás: Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet

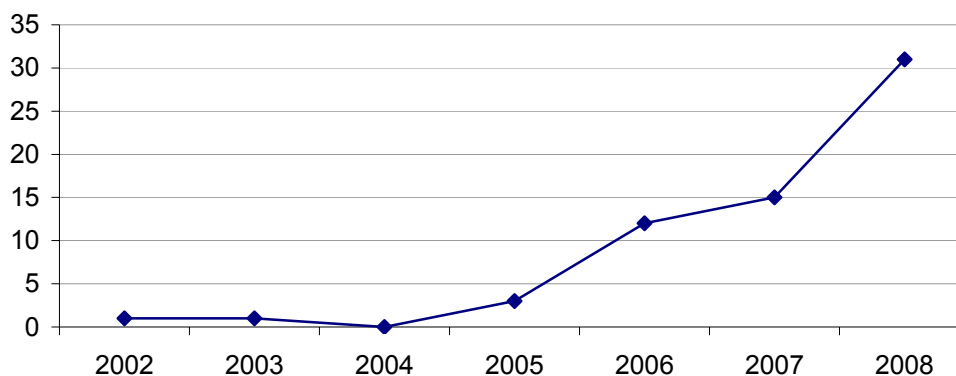
A lefoglalások száma alapján továbbra is a marihuána a legnépszerűbb kábítószer, amelyet az amfetamin követ.

Az ecstasy lefoglalások az előző két év csökkenése után újból növekvő tendenciát mutatnak. A klasszikus, jellemzően MDMA hatóanyagot tartalmazó ecstasy tabletták mellett számottevő mennyiségű (összesen 37.241 db), amfetamin, illetve mCPP hatóanyagú tableta is lefoglalásra került (lásd 10.3 Ár/ tisztaság fejezet).

A kokain mind a lefoglalások számát, mind pedig a lefoglalt anyagokban és tárgyakon kimutatott hatóanyagok előfordulási gyakoriságát tekintve megelőzte a heroint, egyértelműen mutatva a szer további térnyerését a fogyasztók körében.

A leggyakoribb kábítószerek mellett kisebb mértékű, de jellemző a kábítószerek nem minősülő GBL-lel és a ketaminnal történő visszaélés. A ketamin általában állatgyógyászati készítményekből kinyerve, tiszta vagy hígított formában kerül a fekete piacra. A szervezetben kábítószerré (GHB) alakuló gamma-butirolakton (GBL) vonatkozásában, az előző három évben megfigyelhető növekvő tendencia tovább folytatódott, 2008-ban kétszer annyi ügyben foglaltak le GBL-t illetve GBL-lel szennyezett tárgyat, mint 2007-ben.

71. ábra. *A GBL lefoglalások száma 2002-2008 között*



Forrás: Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet

2008-ban is számottevő mennyiségben kerültek lefoglalásra metadont és – kábítószernek nem minősülő – pszichotróp anyagokat tartalmazó tabletták, valamint ellenőrzés alá nem eső, szteroid tartalmú készítmények, amely ezen szerek feketepiaci jelenlétére utal.

A lefoglalásokban rendszeresen megjelenő kábítószereken kívül, 2008 folyamán 101,6 kg khat növény, illetve egy alkalommal (nagy mennyiségű amfetamin és ecstasy mellett) 5,4 kg BZP-t és TFMPP-t tartalmazó por került lefoglalásra.

10.3. ÁR / TISZTASÁG

Kábítószeres utcai árai

2008-ban az előző évhez hasonlóan ismét felmérték a kábítószeres utcai árait. Az adatfelvétel az előző évek gyakorlatával megegyező módon történt, azaz az árak a kábítószer-fogyasztók által kitöltött kérdőívek alapján kerültek meghatározásra.

A válaszadás arányait tekintve továbbra is a marihuána esetében tudtak a legtöbben választ adni. Ezt követte az amfetamin, illetve ecstasy esetében választ adók száma, illetve e mögé egyre inkább felzárkózik a kokain esetében információval rendelkezők száma.

48. táblázat. Kábítószeres utcai árai forintban 2008-ban

FORINT	Legalacsonyabb	Legmagasabb	Leggyakoribb	Átlag	Válaszadók száma
Hasis (gr)	1838	2694	2343	2266	55
Marihuána (gr)	1683	2658	2294	2170	89
Heroin (gr)	9907	16452	12713	13179	49
Heroin (pakett)	4409	7243	5332	5826	51
Kokain (gr)	12345	16537	14675	14440	65
Crack (gr)	13667	18833	15556	16249	9
Amfetamin (gr)	2470	3471	3104	2970	81
Ecstasy (tabletta)	855	1572	1167	1213	71
LSD (adag)	2400	3362	2887	2880	39
Metadon (20 mg)	1456	2088	1708	1771	32
Metadon (5mg)	430	750	550	590	18

Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont

49. táblázat. Kábítószeres utcai árai euróban¹³¹ 2008-ban

EURO	Legalacsonyabb	Legmagasabb	Leggyakoribb	Átlag	Válaszadók száma
Hasis (gr)	7,3	10,7	9,3	9	55
Marihuána (gr)	6,7	10,5	9,1	8,6	89
Heroin (gr)	39,4	65,5	50,6	52,5	49
Heroin (pakett)	17,5	28,8	21,2	23,2	51
Kokain (gr)	49,1	65,8	58,4	57,5	65
Crack (gr)	54,4	75	61,9	64,7	9
Amfetamin (gr)	9,8	13,8	12,3	11,8	81
Ecstasy (tabletta)	3,4	6,2	4,6	4,8	71
LSD (adag)	9,5	13,3	11,5	11,4	39
Metadon (20 mg)	5,7	8,3	6,8	7	32
Metadon (5 mg)	1,7	2,9	2,1	2,3	18

Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont

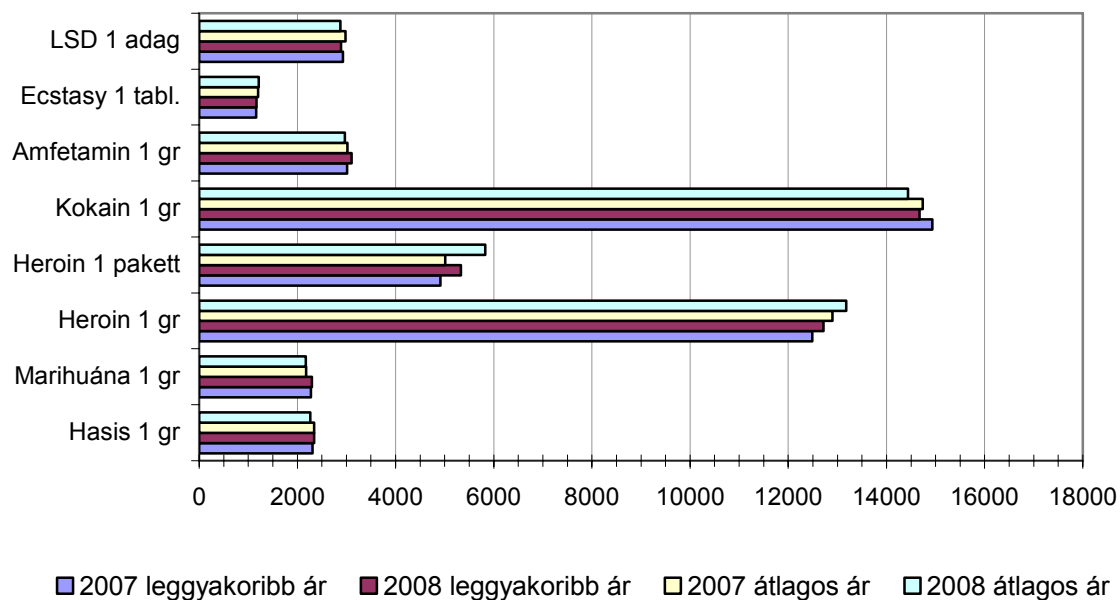
Az előző évben jelentett árakhoz¹³² képest a következő változások figyelhetőek meg: a kokain leggyakoribb és átlagos ára tovább csökkent a tavalyi évre jellemző tendenciát folytatva. Ez alátámasztja a kínálat és a lefoglalások területén megfigyelt jelenséget, azaz a

¹³¹ A táblázatban szereplő árak a 2008-as hivatalos euró középfolyam (1€ = 251,25 Ft) szerint kerültek kiszámításra.

¹³² Az elemzés a forintban megadott árak alapján történt.

kokain egyre szélesebb körben való elterjedtségét. Az amfetamin átlagos ára szintén csökkenő tendenciát mutat. A heroin átlagos és leggyakoribb ára azonban mind pakett kizserelésben mind 1 grammos tételben nőtt az elmúlt évhez képest. A heroin, illetve az amfetamin utcai árának változása összhangban áll a két szer esetében megfigyelt hatóanyag-tartalom változással. A többi szertípus ára közel ugyanolyan értéket mutat, mint az előző évben.

72. ábra. Kábítószeres leggyakoribb és átlagos árai forintban 2007-ben és 2008-ban

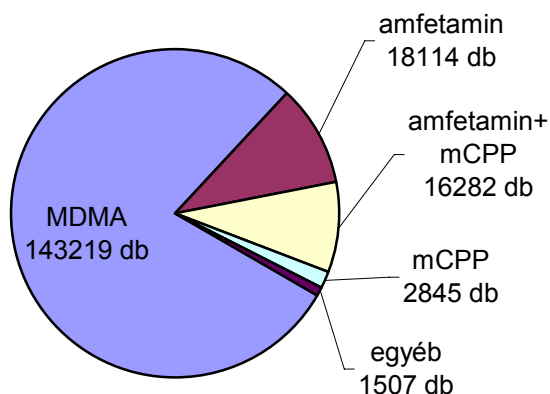


Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont

Tisztaság

A hatóanyagok tekintetében 2008-ban is jelentős változás volt tapasztalható az ecstasy típusú tabletták esetében. A leggyakoribb hatóanyag továbbra is az MDMA, de számottevő mennyiségű amfetamint illetve mCPP-t tartalmazó tabletták kerültek lefoglalásra. A tablettákban új hatóanyagként megjelent a 4-fluoramfetamin, illetve egy-egy alkalommal 2C-B és DOB hatóanyagot tartalmazó tabletták is előfordultak.

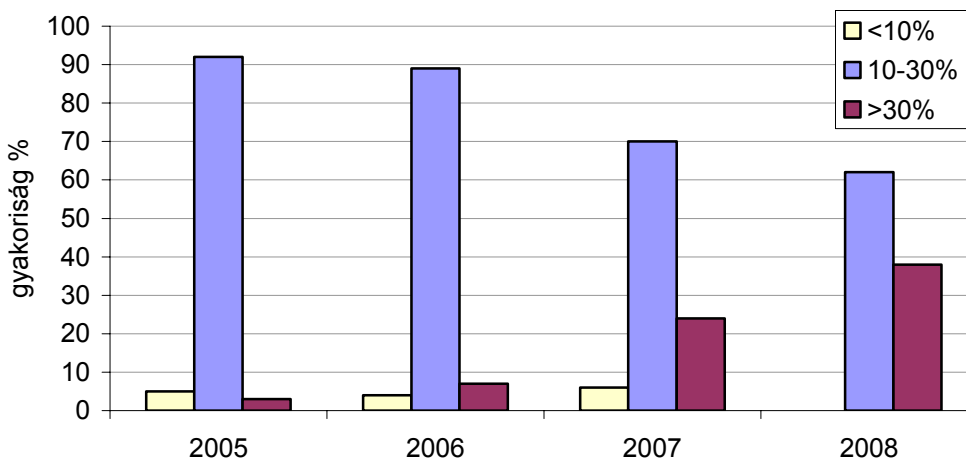
73. ábra. A lefoglalt ecstasy tabletták mennyisége és hatóanyagai 2008-ban



Forrás: Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet

A fogyasztói adagokba (pakett) kiserelt heroin esetében az elmúlt években fokozatosan emelkedett a nagyobb hatóanyag-tartalmú készítmények aránya, 2008-ban közel 50%-os tisztaságú heroin is előfordult a lefoglalt anyagok között.

74. ábra. A fogyasztói adagokba (pakett) kiserelt heroin hatóanyag-tartalma és annak előfordulási gyakorisága 2005-2008 között



Forrás: Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet

Az amfetamin esetében a kisebb hatóanyag-tartalmú készítmények aránya emelkedett, és egyre több esetben jelent meg adalékanyagként az efedrin.

A kokain esetében a korábbi jellemző adalékanyagok (fenacetin és lidokain) helyett gyakran fordult elő laktóz és koffein, amely anyagokat az előző években jellemzően az amfetamin hígítására használták.

Következtetések

A lefoglalási adatok alapján megállapítható, hogy 2008-ban tovább folytatódott a kokain-fogyasztás bővülése. Ehhez hozzájárul a kokain utcai árára vonatkozóan megfigyelhető, 2007-ben már megkezdődött további csökkenő tendencia. A fogyasztói adagokba kisserelt heroin tartalmú porok hatóanyag-tartalma az elmúlt években folyamatosan emelkedő tendenciát mutat, amely fokozott veszélyt jelent a fogyasztók számára. Emellett a heroinnak grammonkénti, illetve pakettenkénti utcai ára is nőtt.

Az ecstasy tabletták esetében a leggyakoribb hatóanyag továbbra is az MDMA. Emellett számottevő mennyiségben fordultak elő amfetamint és mCPP-t tartalmazó tabletták, valamint új hatóanyagként megjelent a 4-fluoramfetamin. A GBL lefoglalások száma az elmúlt 4 évben folyamatosan emelkedett, ami egyértelműen mutatja az ellenőrzés alá nem vont szerrel történő visszaélések terjedését.

11. KANNABISZ PIAC ÉS TERMESZTÉS¹³³

Előzmények

A magyarországi kábítószer-helyzet megítélésében fontos szerepet játszik, hogy azzal csak az 1990-es években kezdtek el társadalmi szinten foglalkozni, addig nem igen esett róla szó. A Szervezett Bűnözés Elleni Koordinációs Központ jelentése szerint a kannabisz belföldi termesztése az 1980-as években jelent meg hazánkban.

A kannabisz piacra és termesztésre vonatkozóan a rutin adatgyűjtésekből származó információk mellett csak nagyon limitáltan állnak rendelkezésre a témában kutatások és további adatok. A fejezetben bemutatásra kerülnek egy a közelmúltban végzett, a kábítószerpiac működésének jellegzetességeit vizsgáló kutatás (Mészáros 2009) vonatkozó részei, illetve egy még folyamatban lévő, a droggereskedői karriereket tanulmányozó kutatás részadatai (Ritter 2009).¹³⁴ A Nemzeti Drog Fókuszpont szintén kutatást (Nemzeti Drog Fókuszpont 2009b) végzett a Kiemelt Téma kapcsán, amely során a kannabisz piac és termesztés hazai jellegzetességeit a fogyasztók szemszögéből vizsgálta meg.

11.1. PIAC

A hazai kannabisz termesztés története és háttere

A Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet által rendelkezésre álló adatok alapján egyértelműen megállapítható, hogy a kannabisz eredetű kábítószer-lefoglalások száma (marihuána és hasis együttesen) a 90-es évek második felében jelentős növekedést mutatott. 1994 és 2001 között mintegy hétszeresére emelkedett az e kábítószerek hatóanyagát, a delta-9-THC-t (delta-9-tetrahidrokannabinol, továbbiakban: THC) tartalmazó minták száma (Nagy 2002).

A 90-es évek elején a marihuána megjelenési formája elsősorban zöld színű növényi törmelékét jelentett, az ezredfordulóhoz közeledve viszont egyre gyakrabban kerültek lefoglalásra tömör, gyantában gazdag ágvégeződések, amelyek THC-tartalma messze meghaladta a korábban megszokott értékeket (Nagy 2002). Ez a jelenség utalhatott a magas hatóanyag-tartalmú, speciális körülmények között termesztett kannabisz piacon való megjelenésére. Ebben az időszakban a magyarországi illegális termesztés jellemzően szabadföldön vagy egyes esetekben fóliasátrakban folyt.

1997 és 2001 között jelentős változások voltak láthatók a Magyarországon lefoglalt marihuána minták koncentrációjának alakulásában. Az 1998-ban vizsgálatra érkezett marihuána minták több mint 86%-ának a koncentrációja az 1 tömegszázalékot sem érte el, 1999-ben azonban ugrásszerű változás következett be. Míg a korábbi években vizsgált marihuána minták maximális THC-tartalma 2,5% alatt maradt, 1999-ben már 8,5% THC-t tartalmazó anyag is érkezett a laboratóriumba, 2001-ben pedig 10% feletti koncentrációt is kimutattak. A 2001-ben lefoglalt növényi anyagok 17%-ának THC-tartalma meghaladta a 2%-ot. Annak ellenére, hogy a vizsgálatra kerülő növényi anyagok jelentős része még mindig nagyon alacsony koncentrációjú volt, egyre több magas hatóanyag-tartalmú minta is lefoglalásra került (Nagy 2002).

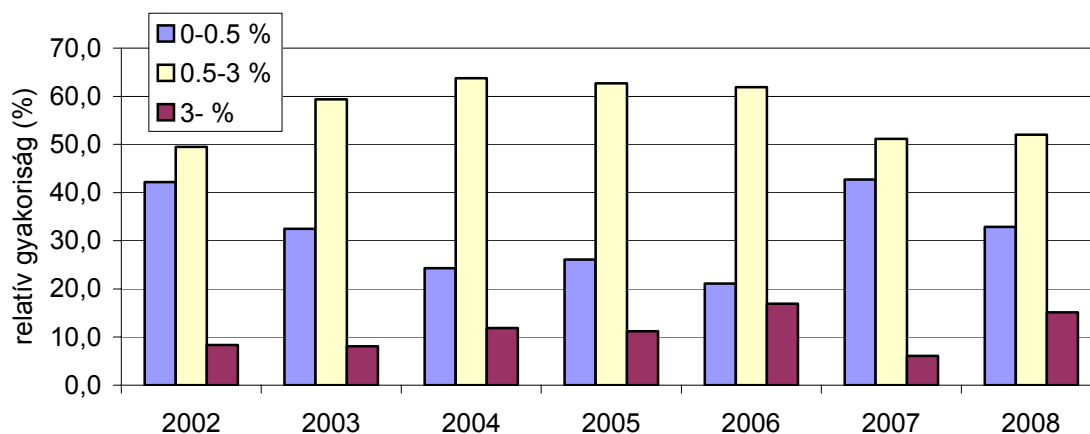
A BSZKI jelentése szerint ez a tendencia 2006-ig folytatódott, a lefoglalt kannabisz növény és marihuána esetében az alacsonyabb hatóanyag-tartalmú (<0,5%) anyagok aránya csökkent, míg az – ebben az időszakban – általánosnak tekinthető 0,5-3% hatóanyag-tartalom feletti anyagok aránya folyamatosan növekedett. 2007-ben az alacsonyabb koncentrációjú anyagok aránya az előző évekhez képest megnőtt, de a következő évben

¹³³ A fejezet szerzői: Csesztregi Tamás, Horváth Gergely, Ritter Ildikó, Tarján Anna

¹³⁴ A két kutatás alapvetően kvalitatív módszerekkel készült.

ismét csökkenés mutatkozott ezen a téren és újra növekvő tendenciát mutatott a magasabb koncentrációjú anyagok aránya.

75. ábra. A lefoglalt kannabisz növény és marihuána delta-9-THC tartalmának alakulása 2002-2008 között



Forrás: Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet

A kannabisz növény lefoglalások száma – átmeneti csökkenést követően – az elmúlt 3 évben ismét folyamatosan emelkedett (lásd: 11.2. fejezet), amely feltételezhetően a magyarországi illegális kannabisz termesztés terjedését mutatja. A lefoglalt növények számának jelentős részét adják a tápkockában nevelt palánták, amely a mesterséges körülmények között történő („indoor”) termesztés népszerűségére utal.

A marihuána termesztéséhez szükséges magok Hollandiából, míg a technikai felszerelések már hazai „mezőgazdasági” boltoknak feltüntetett árusítóhelyeken is beszerezhetők. A hazai ültetvényekkel kapcsolatban megállapítható, hogy azok kialakításában egyre több esetben jelennek meg olyan külföldi, elsősorban holland állampolgárok, akik korábban hazájukban a rendőrség látókörébe kerültek már hasonló tevékenység miatt. Gyakorta ők biztosítják a szellemi és anyagi tőkét, a technológia beszerzési forrását. A hazai elkövetők anyagi forrással és személyes munkavégzéssel (gondozás, betakarítás, értékesítés) vesznek részt a kábítószer előállításában (2008-as Éves Jelentés).

A kábítószerpiac jellegzetességeit vizsgáló hazai kutatás¹³⁵ (Mészáros 2009) szerint a 2009 első negyedévi eseményei után felszínre került vietnámi hálózat hazánkban folytatott tevékenysége¹³⁶ rámutatott arra, hogy Európában több helyen is a professzionális eszközökkel és kiváló logisztikai háttérrel rendelkező folyamatos és nagy mennyiségű, zárt marihuána termesztés fellendülőben van. Ezt támasztja alá az a rendőrségi hír is, miszerint az áru egy részét Csehországban értékesítették, ahol az elmúlt évben 70 kisebb-nagyobb marihuána ültetvényt is felderítettek, és valamennyi vietnámi érdekltségben működött. Nem kizárható, hogy a Budapesten házakat bérlő csoport is a kapcsolatban állt a prágai elkövetői csoportokkal.

A Nemzeti Drog Fókuszpont a Kiemelt Téma kapcsán kutatást¹³⁷ végzett (Nemzeti Drog Fókuszpont 2009b), amely során 7 városban 125, a közelmúltban intenzíven kannabiszt fogyasztó személyt kérdezett meg a hazai kannabisz piac sajátosságairól.

¹³⁵ Módszertant lásd.: 10.1 fejezet.

¹³⁶ 2009-ben hatalmas, bérelt házakban található kannabisz ültetvény felszámolásokra került sor hazánkban, amely kihatással volt az egész európai piacra. Ez alátámasztja azt, hogy ezen a területen egy új, megerősödött „feketepiaci szereplővel” kell számolni.

¹³⁷ A mintába olyan kezelésben részt vevő kannabisz-fogyasztók kerültek, akik a kezelés megkezdése előtt legalább hetente 2 alkalommal kannabisz származékokat fogyasztottak. A kérdőívek felvétele önkéntes módszerrel történt. A kutatásban 7 városból (Budapest, Szeged, Győr, Debrecen, Miskolc, Pécs, Zalaegerszeg) 7

A vizsgálat során megkérdezték a fogyasztóktól, hogy szerintük Magyarországon hogyan változott az elmúlt 10 évben az itthon termesztett kannabisz piaci részesedése. A válaszadók 50%-a szerint nőtt a hazai termesztésű kannabisz aránya az utóbbi években, 6,8% gondolta úgy, hogy az importált kannabisz aránya nőtt, míg 11,8% szerint nem változtak az arányok.

50. táblázat. Az itthon termesztett és importált kannabisz arányainak változása a hazai piacon a fogyasztók véleménye szerint az elmúlt 10 évben

	Válaszadók (N=118)	
	száma	százaléka (%)
Nőtt a hazai termesztésű kannabisz aránya	59	50
Nem változtak az arányok	14	11,8
Egyre több az importált kannabisz	8	6,8
Nem tudja	37	31,4
Összesen	118	100

Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont 2009b

A kutatásban résztvevők arra is választ adtak, hogy véleményük szerint a Magyarországon kapható marihuána hány százaléka hazai termesztésű és hány százaléka importált. A leggyakrabban említett megoszlás az 50-50% volt.

„Growshopok”¹³⁸

A kábítószerpiac jellegzetességeit vizsgáló hazai kutatás¹³⁹ szerint (Mészáros 2009) a 15-20 évvel ezelőtti jó minőségű, Szerbia és Hollandia felől érkező kannabiszt és a hazai szabadföldi ültetvényeket körülbelül tíz évvel ezelőtt, majdnem kizárólag külföldről behozott jó minőségű áru váltotta fel. Mára a tendencia megfordult, és ismét előtérbe került a hazai termesztés, azonban már minőségi problémák nélkül, köszönhetően a professzionális technika alkalmazásának, és a növények állandó nemesítésének. Ennek köszönhetően várható, hogy a csekély mennyiséget folyamatosan előállító otthoni „termesztők” száma is emelkedni fog. Az utóbbi időben hazánkban is megjelentek a nemzetközi hálózatokban kapható, nem túl drága, otthoni termesztési eszközök; és keresztezésekkel létrehozott újabb, csupán 45-50 cm magas „light tower”¹⁴⁰ mellett akár vízszintes irányba növe, pl. 2m²-es kamrában is megfelelő terméshozamot, minőséget adó kannabisz fajták (például: low rider) is.

A hazai growshopok pontos számáról nincs adat, de – a nyomtatott és internetes hirdetések alapján – Budapesten és több vidéki városban is megtalálhatók. A hazai growshopokban – amelyek sokszor egyben headshopok is – a magokon kívül minden egyéb technikai felszerelés megvásárolható az otthoni növénytermesztéshez (kabin, sátor, hidroponikus-, aeroponikus-, földalapú berendezés, lámpa, tápoldatok, szagelszívó berendezés). A

drogambulancia vett részt, melyek jellemzően a legtöbb kannabisz-használót látják el. A mintavétel nem reprezentatív módon történt. A 125 fős mintában 93 férfi és 13 nő szerepelt, további 19 megkérdezett fő neme ismeretlen. A megkérdezettek átlagéletkora 23,8 év volt. Átlagosan 5,7 éve használtak kannabiszt, a leggyakoribb érték 5 év volt.

2008-ban kannabisz és származékai, mint elődleges szer miatt kezelésbe lépett 2569 fő. A TDI rendszer kategóriái szerint rendszeres kannabisz-fogyasztónak tekintve a „heti 2-6 alkalommal” vagy „naponta” fogyasztókat elmondható, hogy az összes kannabisz miatti új kezelési igények 21,6%-a (556 fő) rendszeres fogyasztó. A megkérdezett 125 fő a rendszeres kannabisz-használattal összefüggő új kezelési igények csaknem negyedét (22,5%) teszi ki. Bár a TDI rendszer csak az új kezelési igényeket tartalmazza, nem valószínű a kannabisz miatt kezelték egy évnél tovább történő kezelése, már csak azért sem, mert ezen kezelési igények mintegy 80%-a fél éven át tartó elterelés.

¹³⁸ Mezőgazdasági bolt, ahol a (beltéri) növénytermesztéshez szükséges eszközök kaphatóak

¹³⁹ Módszertant lásd: 10.1. fejezet

¹⁴⁰ Vékony, magas oszlop-lámpa, amely minden irányba tud világítani.

termesztéssel kapcsolatosan leginkább interneten és nyomtatott formában lehet információhoz jutni, illetve a boltokban szóbeli felvilágosítást is adnak. A boltokban elérhető egy ingyenes magazin is, amelyben megtalálhatóak az országban fellelhető nagyobb growshopok elérhetőségei, továbbá számos cikk a kannabisz termesztéssel kapcsolatban.

A Nemzeti Nyomozó Iroda információi alapján az elkövetői oldal az Internetet is alkalmazza kommunikációs forrásként és elektronikus szervezési lehetőségként. Megfigyelhető, hogy az Interneten keresztül úgynevezett mag-bankok felkeresése útján történik a magok rendelése, illetve a bel- és kültéri termesztéshez alapvető fontosságú anyagok és eszközök kereskedelme. Az úgynevezett külföldi szerver kapcsolatok miatt nehezen követhetők ezen oldalak, melyek több esetben jelszóval, vagy más oldal mögé rejtve válhatnak ismertté az előtt, aki a megfelelő jelszót ismeri.

A Társaság a Szabadságjogokért honlapján olvasható jogszabályi háttér összefoglaló (TASZ 2009)¹⁴¹ alapján elmondható, hogy Magyarországon a hatályos törvények nem tiltják, hogy egy újság vagy például egy internetes oldal a kannabisz termesztéssel kapcsolatban általánosságban tanácsokat adjon vagy ismereteket terjesszen.¹⁴²

A Btk 282. szakaszának 3) bekezdése értelmében valóban büntetik azt, „Aki... kábítószer előállításához szükséges anyagot, berendezést vagy felszerelést készít, átad, forgalomba hoz, vagy azzal kereskedik, az országba behoz, onnan kivisz, az ország területén átvisz“. E rendelkezés azonban semmilyen esetben sem használható fel abban az esetben, ha a kifogásolt magatartás kizárólag ismeretek átadásáról szól, ráadásul a jogalkotó e szakaszban kizárólag kábítószer előállításáról szól, és nem a Btk-ban egyébként külön is nevesített kábítószer termesztésről.

A magyar büntetőjog bűnsegéd-fogalmának felhasználásával elképzelhető (és a hazai joggyakorlatban ismert is) olyan eset, amikor valakit egy konkrét büntetőügyben azért vonnak felelősségre, mert kannabisz termesztés során bármilyen módon segítséget nyújtott valakinek a termesztési bűncselekmény elkövetéséhez. A bűnsegédi magatartás megvalósításához azonban ilyen esetekben az szükséges, hogy a bűnsegéd tudjon arról, hogy az alpbűncselekmény elkövetője milyen tevékenységet folytat .

Általános, termesztési tanácsok interneten vagy nyomtatott újságban való terjesztése nem lehet eljárás alapja. Fentiekből következik, hogy Magyarországon szabadon terjeszthetők olyan berendezések és anyagok, melyek növények termesztésére alkalmasak illetve a kannabisz termesztésről általánosságban adott szakmai tanácsok, tapasztalatok is szabadon terjeszthetők és közölhetők.

Az egyes kannabisz származékok megoszlása a fogyasztói piacon

A Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet megvizsgálta az elmúlt 3 évben a 100 gramm alatti kiskereskedelmi lefoglalási tételekben a hasis, hasis olaj illetve a marihuána megoszlását. Ezen adatok alapján a kannabisz származékok fogyasztói szinten való piaci részesedése a következőképp becsülhető: a marihuána 95%-ot, a hasis 5%-ot tesz ki, a hasis olaj nem jelenik meg a hazai a piacon.

A piaci megoszlás 2001 óta stabil. Előtte a hasist magasabb részesedési arány jellemezte 1999-ben 9%, míg 2000-ben 7%.

¹⁴¹ <http://drogriporter.hu/ckjog> (2009.08.25.)

¹⁴² 2003 tavaszáig valóban volt hatályban egy olyan Btk-paragrafus, amely nevesítetten büntette a kábítószer-termesztéshez vagy előállításához szükséges technikai vagy tudományos ismeretek átadását, azonban a Btk-nak ezt a – szinte soha nem használt – szakaszát a jogalkotó már több mint hat évvel ezelőtt hatályon kívül helyezte.

51. táblázat. 100 g alatti lefoglalási tételek aránya a kannabisz származékok típusai szerint 2006-2008 között (%)

év	Hasis	Marihuána
2006	6	94
2007	5	95
2008	5	95

Forrás: Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet

A Nemzeti Drog Fókuszpont által végzett felmérés (Nemzeti Drog Fókuszpont 2009b) során a kutatásban résztvevőket arról kérdezték meg, hogy a korábbi egy évben tényleges, saját fogyasztás alapján hány százalékban fogyasztottak marihuánát és hány százalékban hasist. Az arányt 100%-ra számolva nyitott kérdés formájában jelölhették meg a válaszadók. A válaszadók átlagosan 91%-ban fogyasztottak marihuánát és 9%-ban hasist. Leggyakrabban (34,4%) a 100% marihuána; 0% hasis válasz szerepelt; a válaszadók 72%-a 90%-ban vagy ennél is többször inkább a marihuánát fogyasztotta.

A válaszadók megbecsülték a marihuána és a hasis részesedését a piacon, az általuk észlelt helyzet alapján. A válaszok itt is a marihuána dominanciájára utalnak, a leggyakrabban említett arány a 90% marihuána és 10% hasis volt.

52. táblázat. A marihuána és a hasis megoszlása saját fogyasztás és a fogyasztók által becsült piaci arányok bontásban (N=125)

	Saját, tényleges fogyasztás az elmúlt egy évben (%)		A fogyasztók szerint becsült piaci megoszlás (%)	
	Marihuána	Hasis	Marihuána	Hasis
Átlag	91	9	80,7	19,3
Medián	96,5	3,5	80	20
Módusz	100	0	90	10

Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont 2009b

A felmérés során megkérdezték a hagyományos marihuána és a sinsemilla¹⁴³ arányát is. A válaszok csak korlátozottan értelmezhetők, hiszen a fogyasztott szer minőségére vagy típusára vonatkozóan a fogyasztók nem rendelkeztek ellenőrzött információval.

A válaszadók több mint negyede (28,8%) mondta azt, hogy 80%-nál is gyakrabban inkább sinsemillát fogyaszt. Hagyományos marihuána 80%-nál gyakoribb fogyasztását a megkérdezettek mindössze 14,4%-a említette. A piacon való részesedést a hagyományos marihuána és a sinsemilla tekintetében 50%-50% -ra becsülték átlagosan a fogyasztók.

53. táblázat. A hagyományos marihuána és a sinsemilla megoszlása saját fogyasztás és a fogyasztók által becsült piaci arányok bontásban (N=125)

	Saját, tényleges fogyasztás az elmúlt egy évben (%)		A fogyasztók szerint becsült piaci megoszlás (%)	
	Hagyományos marihuána	Sinsemilla	Hagyományos marihuána	Sinsemilla
Átlag	56,7	46,3	50	50
Medián	60	40	50	50
Módusz	50	50	50	50

Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont 2009b

¹⁴³ Indoor körülmények között termesztett, magnélküli, nőnemű egyedekből készülő, jó minőségű –magas hatóanyag-tartalmú marihuána

A kannabisz hazai terjesztése

Egy a droggereskedő karriereket vizsgáló kutatás¹⁴⁴ (Ritter 2009) adatgyűjtése során keletkezett információk alapján elmondható, hogy a hazai kannabisz kínálati piac kétpólusú: egyrészt a hazai termesztés jellemző, másrészt az import. Hazai termesztésű a kiskereskedelmi szinten kapható marihuána egyre jelentősebb része. Magyar és külföldi állampolgárságú elkövetők is természetesen termesztenek kannabiszt; jellemző a kisebb, saját fogyasztást szolgáló pár egyed termesztése csakúgy, mint a nagybani eladásra szánt ültetvényeken folyó termesztés.

A termesztők, sőt az importőrök jelentős része büntetlen előéletű, az átlagosnál magasabb iskolai végzettségű és/vagy jobb társadalmi helyzetű egyén vagy társaság. 20-as, 30-as éveikben járnak. Az egyes nagybani termesztői körök jellemzően nem kapcsolódnak egymáshoz, bár ismerhetik egymást. Elkülönülten a saját nagybani eladónak vagy eladóknak árulnak. Esetleg ismeretségi körben terjesztnek. Nem jellemző a harc a piac egyes szegmenseinek birtoklásáért. A termesztés célja az extraprofit. A nagybani termesztők maguk nem rendszeres használók.

Az import hasonló elven épül fel, mint a hazai termesztés, és az elkövetők is hasonló szocio-demográfiai jellemzőkkel rendelkeznek. Jellemzően Hollandiából érkezik a marihuána, illetve a hasis. Az importban jellemzően magyarok vesznek részt - bár holland vagy Hollandiában élő külföldiek segítik a beszerzést.

A futárok általában magyarok vagy Magyarországon élő román állampolgárok; nem egyszer a beszerző saját ismeretségi köréből vagy tágabb családjából kerülnek ki. A beszerzés Hollandiában történik, majd egy futár – nem a beszerző, ha nagybani, 10 kg feletti beszerzésről van szó – hozza Magyarországra. Kisebb mennyiség beszerzése esetén sokszor a beszerző a futár vagy a futár egyben a terjesztő is. Ez a felállás még a kezdeti vállalkozókra jellemző.

Itt is megfigyelhetők az egymástól elszigetelten működő csoportok. Az importőrök nem ismerik az alacsonyabb szintű eladókat, és nincsenek közvetlen napi kapcsolatban a nagybani eladóval sem. Általában több nagybani eladóval dolgoznak, akik több importőrrel, termesztővel is kapcsolatban állhatnak. Az importőrök jellemzően csak kannabisszal foglalkoznak, bár előfordul, hogy amfetamin-származék is megjelenik a kannabisz mellett, de nem ez a jellemző. A nagybani eladónál már többféle kábítószerfajta megtalálható.

További, kiegészítő információk a 10.1. fejezetben olvashatóak.

¹⁴⁴ Az RO-NET Bt. által készített „Droggereskedő karriereket” című vizsgálat során az volt a cél, hogy a kínálati oldali visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetett, emiatt végrehajtandó szabadságvesztés büntetésre ítélték életútját, bűnözői karrierjét, elemezzék, összehasonlítsák és feltárják azokat a tényezőket, markereket, amelyek egyrészt közös jellemzőként megjelennek minden vizsgált életútban, másrészt pedig vizsgálják a hazai kábítószer-kereskedelem szervezetszociológiai vonatkozásait. A vizsgálat módszere dokumentumelemzés, valamint életút interjú, mélyinterjú volt. A hazai büntetés-végrehajtási intézetekben 2009 áprilisában és májusában kábítószer-kereskedelem, terjesztés, előállítás miatt fogvatartott, jogerősen elítéltek körében végezték a megkérdezést. Azaz ebben az esetben mindazokkal a kínálati oldali visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetett, emiatt – a vizsgálat idején - végrehajtandó szabadságvesztés büntetésüket töltő elítéltekkel készítették életút interjút, akik erre vállalkoztak és megkérdezhetőek voltak a Váci Fegyház és Börtönben, a Kalocsai Büntetés-végrehajtási Intézetben, az Országos Büntetés-végrehajtási Intézetekben Szombathelyen és Budapesten, valamint a Fiatalokúak Büntetés-végrehajtási Intézetében Tökölön. Azért ezeket az intézeteket választották, mert a nyilvántartás szerint itt volt a legnagyobb számú kínálati oldali kábítószer-bűncselekmény miatt elítéltek. A vizsgálati mintát 47 fő alkotta. Az interjú során és azt követően jegyzeteket készítettek, majd ezeket elemezték. Ezután az ügyiratok adatait és az életút interjúkat számítógépen rögzítették, majd a rögzítés után feldolgozták és elemezték (SPSS).

A kannabisz nagykereskedelmi árai¹⁴⁵

A Nemzeti Nyomozóiroda információi alapján 2008-ban 1 gramm marihuána nagykereskedelmi ára átlagosan 1200 Ft volt, a hasis nagykereskedelmi ára pedig átlagosan 1500 Ft-ra tehető. Az árak a nagybani lefoglalások kilogramm szerinti ára alapján kerültek meghatározásra.

A Nemzeti Drog Fókuszpont által végzett felmérés (Nemzeti Drog Fókuszpont 2009b) során azt is megkérdezték a résztvevőktől, hogy milyen kiszerezésekben mennyiért szoktak hasist, illetve marihuánát vásárolni. A válaszadók 16%-a nevezett meg 100 g vagy annál nagyobb tételben történő vásárlást is. Az általuk megadott adatok alapján, 100 gramm feletti tételnél egy gramm marihuána átlagos ára 1520 forint, a leggyakoribb 1600 forint, a legkisebb érték 800 forint, míg a legnagyobb érték 2000 forint volt. A hasis esetében csupán 4 fő (3,2%) említett 100 grammos tétel feletti vásárlást, az átlag ár grammonként 1640 forint volt.

A kannabisz kiskereskedelmi értékesítésének módszere

Polidrog terjesztés

A BSZKI jelentése szerint a polidrog terjesztés tekintetében elmondható, hogy a lefoglalási adatok alapján 2008-ban bármilyen kannabisz származék az ügyek körülbelül 20%-ában más kábítószerrel együtt került lefoglalásra.

A Nemzeti Drog Fókuszpont kutatása során a megkérdezettek 47,5%-a a kannabisz mellett más típusú kábítószerrel is vásárolhatott az általa leggyakrabban látogatott dílernél.

Az értékesítés helyszíne

A 8-10. évfolyamosok körében végzett 2007-es ESPAD kutatás megvizsgálta, hogy a különböző felsorolt helyek közül melyek azok, ahol a fiatalok könnyen tudnának marihuánához/hasishoz jutni. Az adatok lásd: 10.1. fejezet.

A Nemzeti Drog Fókuszpont kutatása (Nemzeti Drog Fókuszpont 2009b) során, leggyakoribb vásárlási, beszerzési helyszíneként a legtöbben (54%) az utcát, parkot, közterületet említették. Ezt a díler lakása (14,5%) majd valamilyen rekreációs színtér (12,9%) követte.

¹⁴⁵ Az árak a 2008-as hivatalos euró középárfolyam (1€ = 251,25 Ft) szerint kerültek kiszámításra a forintban megadott árból.

54. táblázat. A fogyasztók által említett leggyakoribb kannabisz beszerzési helyszínek¹⁴⁶

Beszerzési helyszín	Elsőként említett leggyakoribb beszerzési helyszín		Másodikként említett leggyakoribb beszerzési helyszín	
	Válaszadók		Válaszadók	
	száma	százaléka (%)	száma	Másodlagos említések százalékában (%)
Utcán, parkban, közterületen	67	54	14	21,5
A díler lakásán	18	14,5	19	29,2
Szórakozóhelyen / Diszkóban / Partiban	16	12,9	17	26,2
Egy barátom lakásán	12	9,7	7	10,8
Saját lakásomban	6	4,8	5	7,7
Egyéb	3	2,4	1	1,5
Interneten	2	1,6	0	0
Iskolában / Egyetemen / Munkahelyen	0	0	2	3,1
Összesen	124	100	65	100

Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont 2009b

A kannabisz beszerzési forrásai, kiskereskedelmi tételek

Beszerzési forrás

A Nemzeti Drog Fókuszpont (Nemzeti Drog Fókuszpont 2009b) által megkérdezett 125 fő rendszeres kannabisz-fogyasztó közül a legtöbben (54,4%) a dílertől való vásárlást említették a leggyakoribb beszerzési forrásként. A megkérdezettek közel negyede (23,2%) a leggyakrabban csoportos fogyasztás során jutott kannabiszhoz, úgy, hogy nem fizetett érte.

55. táblázat. A fogyasztók által említett leggyakoribb kannabisz beszerzési források¹⁴⁷

Beszerzési forrás	Elsőként említett leggyakoribb beszerzési forrás		Másodikként említett leggyakoribb beszerzési forrás	
	Válaszadók		Válaszadók	
	száma	százaléka (%)	száma	Másodlagos említések százalékában (%)
Megvettem a dílertől	68	54,4	13	17,8
Barátoktól kaptam közös fogyasztás során	29	23,2	34	46,6
Barát szerezte be, fizettem érte	23	18,4	22	30,1
Otthon termesztettem	0	0	3	4,1
Egyéb	5	4	1	1,4
Összesen	125	100	73	100

Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont 2009b

¹⁴⁶ A válaszadók két beszerzési helyszínt jelölhettek: az első leggyakoribb, és a második leggyakoribb beszerzési helyszínt.

¹⁴⁷ A válaszadók két beszerzési forrást jelölhettek: az első leggyakoribb, és a második leggyakoribb beszerzési forrást.

A második leggyakoribb beszerzési forrás említések nagy része (76,7%) a csoportos fogyasztáshoz kötődik, a fogyasztók 46,6%-a közös fogyasztás során kapta a kanna-bisz-t, vagy egy barátjától szerezte be (30,1%).

Kiskereskedelmi tételek

A BSZKI jelentése szerint 2008-ban, a kis tételben lefoglalt anyagoknál¹⁴⁸ az esetek 80%-ában 0,4-0,8 gramm tartományba esett az egy kiszerezési egységben lévő marihuána tömege.

A Nemzeti Drog Fókuszpont által megkérdezettek elmondása alapján (Nemzeti Drog Fókuszpont 2009b) a rendszeres kanna-bisz-használók majdnem fele (43,2%) 1 gramm kanna-bisz-t vásárol egy alkalommal, további 16% is legfeljebb 2 grammot vásárol egyszerre. Gyakori kiszerezés az 5, vagy a 10 gramm (12% ill. 4%).

56. táblázat. *Leggyakrabban vásárolt marihuána tételek*

	Válaszadók	
	száma	százaléka (%)
1 gramm alatt	5	4
1 gramm	54	43,2
1,5 gramm	3	2,4
2 gramm	17	13,6
3-4 gramm	5	4
5 gramm	15	12
7,5 gramm	3	2,4
10 gramm	5	4
10 gramm felett	10	8
Nem válaszolt	8	6,4
Összesen	125	100

Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont 2009b

A tételkategoróriáknál a megkérdezettek 45%-a adott meg valamilyen a tételre vonatkozó speciális elnevezést. A válaszadók következő mennyiségű tételknél adtak meg valamilyen speciális elnevezést: 0,5 gramm (marihuána: felező, feles, fecő, paketó,); 0,8 gramm (marihuána: pakli, alap 1); 1 gramm (marihuána: pakk, festék, 1 perc, cd, könyv, teli ,géza, egyes, / hasis: csoki, rög, kocka); 3 gramm (marihuána: moka); 5 gramm (marihuána: fűnfős, fájvos, ötös); 10 gramm (marihuána: tízes / hasis: sport-szelet) illetve 100 gramm (marihuána: komplett DVD).

A fogyasztóktól azt is megkérdezték, hogy mennyi volt általában az általuk vásárolt marihuána tétel ár. Egy válaszadó legfeljebb négy tételkategoriót adhatott meg. Megállapítható, hogy minél nagyobb mennyiségben vásárolt valaki, annál kevesebb volt a grammonkénti ár.

¹⁴⁸ Az értékeléshez a több csomagból álló, csomagonként 10 grammnál kisebb tételket vizsgálták, minimalizálандó a megkezdett adagok statisztikába kerülési valószínűségét.

57. táblázat. A marihuána vásárlási tételkategoriók 1 grammra átszámított árai forintban

Tétel (gramm)	Említések száma ¹⁴⁹	1 grammra átszámított ár forintban			
		minimum	maximum	átlag	módusz
0,3	1	8333	8333	8333	8333
0,5	9	3000	5000	4444	5000
0,6	6	3333	4167	3889	4167
0,7	17	2857	3571	3403	3571
0,8	26	2500	3125	2861	3125
1	77	1500	4500	2388	2500
2	6	1800	2500	2133	2000
3	2	1667	1667	1667	1667
5	28	1800	3000	2214	2000
10	40	1000	2500	2018	2000
20	5	1750	2000	1950	2000
50	7	1200	2000	1743	1800 ¹⁵⁰
100	17	800	2000	1553	1800
1000	3	1100	1600	1333	1300 ¹⁵¹

Forrás: Nemzeti Drog Fókuszpont 2009b

A fogyasztók arra is választ adtak, hogy havonta átlagosan mennyi marihuánát vásároltak és arra átlagosan mennyit költöttek. Az egy hónapban vásárolt marihuána egy személyre kiszámított átlagos mennyisége 26,6 gramm, a leggyakoribb válasz a 20 gramm volt. Az egy hónapban marihuána vásárlására fordított átlagos összeg 36 740 forint volt.

11.2. LEFOGLALÁSOK

Kínálatcsökkentés

A Rendőrségnek specifikusan a kannabiszra vonatkozó stratégiája nincs, azonban a 2007-es új stratégiában új feladatokat, hangsúlyváltást jelölt ki a kínálatcsökkentés területén (lásd: 9.3 fejezet).

Általánosságban a kínálatcsökkentésre nézve a Rendőrség Drogstratégiája¹⁵² alapján elmondható, hogy szervezetileg a rendőrség bünyügyi szervei vertikálisan 3 (központi, területi és helyi) szintre tagozódnak, horizontálisan a korábbi klasszikus hármastagoltság (felderítés, nyomozás, vizsgálat) többnyire megszűnt, a nyomozási és a vizsgálati munkát végző egységek a legtöbb területi szervnél összevonásra kerültek.

A helyi bünyügyi és közrendvédelmi szervek feladata a fogyasztók és a terjesztők által látogatott elosztóhelyek felderítése, ellenőrzése és felszámolása. A megyei szervek az illetékességi területükön a termesztés, a tárolás, valamint a terjesztés felderítését és felszámolását látják el, míg a Nemzeti Nyomozó Iroda a hazai gyártás megakadályozását, az országos terjesztői hálózatok, a határon átnyúló, nemzetközi rendőri együttműködést igénylő behozatali csatornák felderítését, felszámolását végzi.

A megyei (budapesti) és a helyi szervek esetében általánosságban elmondható, hogy az illetékességi területükön tevékenykedő rendvédelmi szervek egységeivel a kapcsolat kiegyensúlyozott, hasznos, amit a kölcsönös adategyeztetések, a közös felderítések, egymás informálása is jellemez.

¹⁴⁹ Egy válaszadó több tételt is megemlíthetett

¹⁵⁰ További módusz: 1700, 2000

¹⁵¹ További értékek: 1100, 1600

¹⁵² 17/2006. (XI. 24.) ORFK utasítás a Magyar Köztársaság Rendőrségének Drogstratégiájában rögzített feladatok egységes végrehajtásáról

Kannabisz ültetvény lefoglalások (2006-2008)

A BSZKI nem rendelkezik pontos információval az ültetvények típusáról. Azonban elmondható, hogy a 2008. évben a lefoglalások legalább 30%-ában palánták voltak, amely az indoor termesztésre utal. 2008-ban a lefoglalt ültetvények 58%-a kisméretű, 38%-a közepes méretű, míg a fennmaradó 4% nagyméretű, 100-nál több tövet tartalmazó ültetvény volt. 2006 és 2008 között a 10 tő alatti ültetvények lefoglalási számában figyelhető meg emelkedő tendencia.

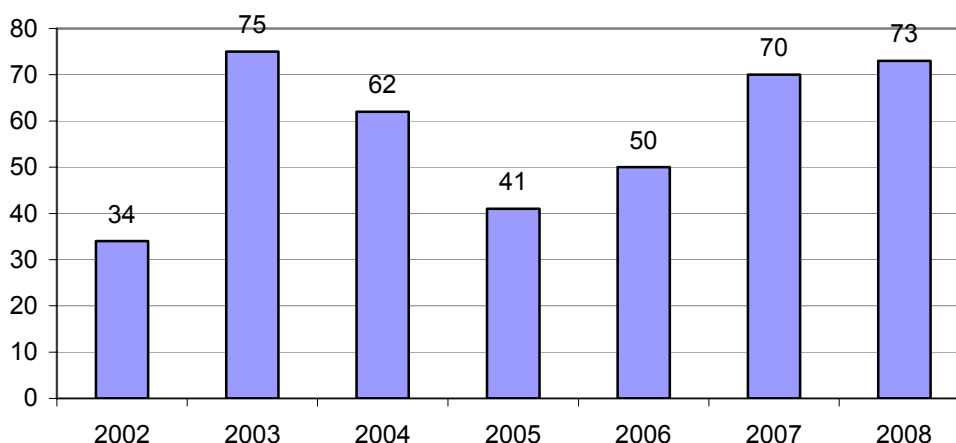
58. táblázat. A lefoglalt ültetvények mérete 2006-2008 között

Lefoglalás éve	Ültetvény mérete			Összesen
	<10 tő	10-100 tő	>100 tő	
2006	21	21	8	50
2007	34	33	3	70
2008	42	28	3	73

Forrás: Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet

A kannabisz növény lefoglalások számát illetően a 2003 és 2005 között tapasztalt csökkenő tendencia után 2005 óta ismét folyamatos emelkedés figyelhető meg ezen a területen.

76. ábra. A kannabisz növény lefoglalások száma 2002-2008 között



Forrás: Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet

59. táblázat. A kannabisz növény lefoglalások száma és mennyisége 2006-2008 között

Lefoglalás éve	Kannabisz növény	
	lefoglalások száma	lefoglalt mennyiség (tő)
2006	50	3529
2007	70	1667 *
2008	73	1523 *

* csak a laboratóriumba küldött reprezentatív minta mennyiségét tartalmazza

Forrás: Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet

A kannabisz kínálat forrásai

A Nemzeti Nyomozóiroda jelentése alapján a lefoglalt, import kannabisz származékok – mind a marihuána, mind a hasis – 99%-a Hollandiából érkezik hazánkba Németországon és Ausztrián keresztül. A Szervezett Bűnözés Elleni Koordinációs Központ jelentése (SZBEKK 2009) szerint Hollandia mellett a balkáni államok irányából is jut csempészet útján kannabisz hazánkba.

A lefoglalt kannabisz származékok megoszlása

Legjellemzőbb a kis tételekben való lefoglalás (0-5 gramm), amely a marihuána esetében az összes lefoglalás 72%-át teszi ki, míg a hasis esetében 76% ez arány.

60. táblázat. A marihuána és hasis lefoglalások száma és mennyisége tételek szerinti bontásban 2008-ban

Tétel típusa	Marihuána		Hasis	
	Lefoglalások száma	Lefoglalt mennyiség (kg)	Lefoglalások száma	Lefoglalt mennyiség (kg)
0-5 g	1203	1,3	48	0,1
5-150 g	335	11,4	13	0,5
150 g – 1 kg	78	35	2	2,2
1-50 kg	54	206,9	0	0
50 kg felett	0	0	0	0
Összesen	1670	254,6	63	2,8

Forrás: Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet

11.3. BŰNCSELEKMÉNYEK

A kannabisszal összefüggő kínálati oldali bűncselekmények (2007-2008)

Bár a hazai kriminálstiszta nem igazán alkalmas a szertípus szerint történő elemzésre¹⁵³, kivételt képeznek talán a kannabisz-származékokkal kapcsolatos bűncselekmények¹⁵⁴, amelyen belül a „marihuána” és „hasis” kategóriák¹⁵⁵ is meg vannak különböztetve. A következőkben a 2007. és 2008. év megbízhatóbb és teljesebb statisztikai adatait használjuk az elemzés során.

2007-ben 4697 esetben fordult elő, hogy valamilyen kábítószer típus szerepelt a bűncselekmények elkövetése kapcsán. Ebből 3426 esetben marihuána (72,9%) és 32 esetben (1%) hasis. A kannabisz-származékokkal történt visszaélések 99,8%-a visszaélés kábítószerrel bűncselekmény volt, ezen túl 5 vagyon elleni bűncselekmény esetén szerepelt kannabisz-származék, mint elkövetési tárgy (4 esetben marihuána, 1 esetben hasis).

2008-ban mindösszesen 5480 esetben szerepelt kábítószer elkövetési tárgyként valamilyen ismertté vált bűncselekmény kapcsán. Ebből 3873 esetben marihuána (70,6%), 58 (1,1%) esetben pedig hasis. Az esetek 71,7%-ában valamilyen kannabisz-származék (marihuána

¹⁵³ Ennek oka, hogy a szertípusok feltüntetésére az adatgyűjtés során korábban esetleges volt – bár az 59/2007 (XII.23.) IRM rendelet 2008. január 1-től hatályba lépett rendelkezései óta gördülékenyebben történik. Emiatt, valamint a rossz kategorizáció és a statisztikai lapot kitöltők kábítószerrel kapcsolatos ismereteinek hiánya miatt nem ad megbízható információt az elkövetési szertípusokról. Ezért nem használjuk elemzéseink során ezeket az adatokat.

¹⁵⁴ Mivel a kannabisz hazánkban a leggyakrabban előforduló szertípus, a statisztikai lapot kitöltő könnyen jelölni tudja az adatlapon.

¹⁵⁵ Az nem derül ki, hogy a marihuána szárított törmelék volt-e vagy növényi egyed, esetleg a hasis, hasis bázis vagy olaj. Mindössze annyi ismert, hogy kannabisz-származékról, ezen belül marihuánáról vagy hasisról volt-e szó.

vagy hasis) szerepelt elkövetési tárgyként, azaz elmondható, hogy a kábítószeres bűncselekmények több, mint 70%-át kannabisz-származékokkal követték el. A kannabisz-származékokkal történt visszaélések 99,7%-a visszaélés kábítószerrel bűncselekmény volt. Emellett 2 alkalommal vesztegetés, 4 alkalommal lopás történt, amelynek során marihuánát találtak vagy az elkövetőknél vagy a szervezetükben, továbbá 1 vagyon elleni bűncselekmény során hasist.

2008-ban a kannabisz-származékokkal elkövetett bűncselekmények tekintetében a „termel, előállít, megszerez, tart, az országba behoz, onnan kivisz, az ország területén átvisz” magatartások aránya, azaz a csekélyebb súlyú, részben keresleti oldali magatartásoké 94,3% volt (2007-ben 93,4%). A „kínál, átad, forgalomba hoz, azzal kereskedik” tényállásokhoz tartozóké, azaz a súlyosabb, forgalmazói és kereskedői tevékenységgel összefüggőké 5,7% (2007-ben 6,6%) volt.¹⁵⁶

Igazán lényeges elmozdulás nem történt 2007 és 2008 között. Jellemzően a hatóságok előtt ismertté vált kannabisszal történt visszaélések csekélyebb súlyú keresleti oldali magatartások vagy saját használatra, csekély mennyiségben történő termesztői tevékenységek. Forgalmazói, kereskedői magatartás vagy kábítószer kínálása, átadása miatt a kannabisszal való visszaélések alig 6%-ában indult eljárás.

Következtetések

A hazánkban forgalomba kerülő kannabisz-származékok, az egyre nagyobb volumenű, hazai ültetvényeken történő termesztés mellett csempészet útján jutnak az országba, elsősorban Hollandiából továbbá a balkáni államok irányából. A kannabisz növény lefoglalások száma az utóbbi években újra növekvő tendenciát mutat. A lefoglalási adatok és a fogyasztók becslése alapján elmondható, hogy hazai piacon elsősorban a marihuána jelenik meg, a hasis jelenléte körülbelül 5%-ra becsülhető.

Az összes ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények körülbelül 70%-át kannabisszal követik el, ezek jellemzően csekélyebb súlyú keresleti oldali magatartások vagy saját használatra, csekély mennyiségben történő termesztői tevékenységek. Forgalmazói, kereskedői magatartás az ismertté vált kannabisszal való visszaélés bűncselekmények alig 6%-át teszi ki.

¹⁵⁶ A jogszabályokban az elkövetési magatartások szerinti differenciáció hiánya miatt nem tudjuk megbízhatóan megmondani, hogy a kannabisszal történt visszaéléseken belül mekkora a termesztés, a forgalomba hozatal, a kereskedelem, illetve a keresleti oldali magatartások aránya. A Btk-ban egy bekezdésen belül szerepelnek pl. „a kínál, átad, forgalomba hoz, kereskedik...” vagy pl. „a termel, előállít, megszerez, tart, az országba behoz, onnan kivisz...” elkövetői magatartások. Nem lehetséges úgy leválogatni az adatokat, hogy az egy bekezdésen belül lévő elkövetői magatartások megoszlását a kannabisz-származékok esetén vizsgálni tudjuk.

12. PROBLÉMÁS AMFETAMIN- ÉS METAMFETAMIN-HASZNÁLAT, A KÖVETKEZMÉNYEI ÉS AZ AZOKRA ADOTT VÁLASZOK¹⁵⁷

Háttér, előzmények

A TDI adatgyűjtésben nem válik ketté az amfetamin és metamfetamin, mint elsődleges szer, így ebből az adatgyűjtésből pontos információval nem rendelkezünk a megoszlásukról. Az országos, kezeltekről gyűjtött prevalencia (OSAP) adatok¹⁵⁸ valamint a kábítószerpiacról rendelkezésre álló adatok¹⁵⁹ alapján azonban kijelenthetjük, hogy Magyarországon a metamfetamin előfordulása rendkívül alacsony. A most következő fejezetpontokban így az amfetaminra szűkítve mutatjuk be a magyarországi helyzetet.

12.1. AZ AMFETAMIN HASZNÁLAT EPIDEMIOLOGIÁJA

Az amfetamin használat jellemzői a 2007-es általános populációs vizsgálatok alapján

Az alábbi alfejezet a 2007-es országos lakossági reprezentatív vizsgálat¹⁶⁰ (Paksi és Arnold 2007; Elekes et al. 2008; Paksi 2009b; Paksi et al. 2009) adatbázisán az amfetamin használatra fókuszálva készült másodelemzés eredményeit mutatja be.

Tekintettel arra, hogy a mintában csupán 6 olyan személy fordult elő, aki kizárólag amfetamint és/vagy ecstasyt – azaz más tiltott szert nem – használt valaha életében, így az alfejezet az alábbi három csoport összehasonlítását tartalmazza a drogfogyasztási és a társadalmi háttérváltozók, illetve a szabadidő-eltöltési szokások mentén.

1. Amfetamin-használók csoportjába azok tartoznak, akik valaha életükben használtak – nem kizárólag – amfetamint és/vagy ecstasyt (őket a továbbiakban amfetamin-használóknak nevezzük). Ez a csoport a minta 2,7%-át jelenti (68 fő).
2. Amfetamint nem használó tiltott szert¹⁶¹ valaha fogyasztók csoportjába azok kerültek, akik a tiltott szerek valamelyikét életükben valaha kipróbálták, de sem amfetamint sem ecstasyt még soha nem használtak. Ez a csoport a teljes vizsgálati minta 6,5%-át teszi ki (165 fő).
3. Tiltott szert soha nem fogyasztók csoportja a minta 90,8%-a (2293 fő).

Az amfetamin-használók, illetve az amfetamint nem használó tiltott szert valaha fogyasztók alacsony esetszámára való tekintettel óvatosan kell bánni az alábbiakban bemutatásra kerülő eredmények interpretálásával.

¹⁵⁷ A fejezetet készítette: Arnold Petra, Nadas Eszter, Paksi Borbála, Péterfi Anna, Rácz József, Tarján Anna

¹⁵⁸ Az amfetamin, mint elsődleges szer aránya az amfetamin típuson belül 49,7% (717 fő esetében), míg a metamfetaminé 2,2% (32 fő esetében) az OSAP adatok alapján.

¹⁵⁹ Mindössze 12 esetben került lefoglalásra metamfetamin 2008 folyamán, összesen 52 g mennyiségben. (forrás: BSZKI).

¹⁶⁰ A kutatást a Nemzeti Drogmegelőzési Intézet és a Nemzeti Drog Fókuszpont finanszírozásával a Budapesti Corvinus Egyetem Magatartástudományi és Kommunikációelméleti Intézet Viselkedéskutató Központja készítette a magyarországi 18-64 éves népesség körében. Az adatfelvétel rétegzett (a fővárosban korcsoportok, vidéken település méret, régió és korcsoport szerint rétegzett, így összesen 186 rétegbe sorolt) reprezentatív mintáján, 2007 tavaszán történt. A bruttó minta nagysága 3000 fő, nettó minta nagysága 2710 fő volt. Az adatfelvétel ún. kevert módszerrel, az önkitöltős elemekkel kombinált face to face technikával történt.

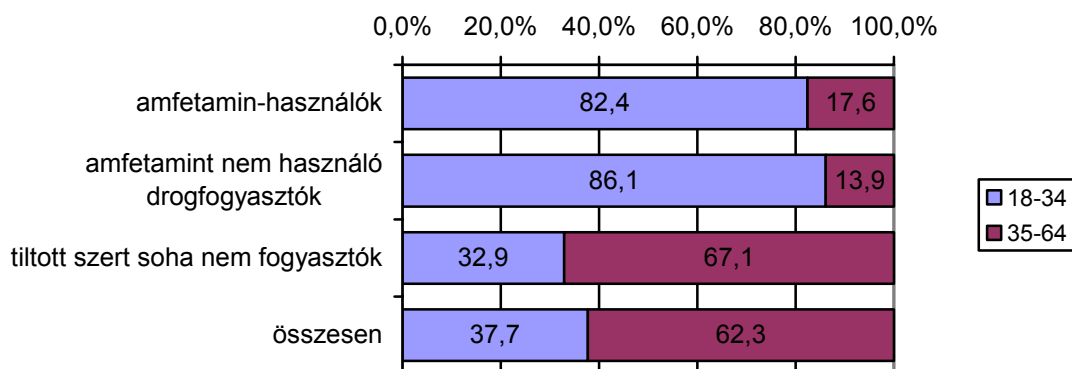
¹⁶¹ Tiltott drogok közé a következőket sorolta a kutatás: marihuána/hasis, ecstasyt, amfetamin, kokain, crack, heroin, egyéb opiátok, LSD, mágikus gomba, GHB, intravénás drogok, herbál drogok, rush, angyalpor, ketamin, illetve valami más, itt fel nem sorolt drog.

Demográfiai jellemzők

Az amfetamin-használók esetében is megfigyelhető a drogfogyasztó populációban szokásos – a férfiak nagyobb érintettségét jelző – nemi mintázat. Az amfetamint valaha kipróbáltak körében szignifikánsan ($p=0,004$) magasabb a férfiak aránya (64,7%) a tiltott szert soha nem fogyasztókhoz (47,6%), illetve a populációs átlaghoz (49%) képest, azonban az egyéb tiltott szert valaha (amfetamint soha) kipróbáltakhoz képest (62,8%) nem tapasztalható szignifikáns eltérés.

A fiatalabb korosztályra jellemző nagyobb drogérzettség az amfetamin-használók körében is megmutatkozik. Azok körében, akik életükben kipróbálták már az amfetamint szignifikánsan ($p<0,001$) magasabb a 18-34 évesek aránya (82,4%), mind a tiltott szert még soha nem fogyasztókra (32,9%), mind az átlagpopulációra jellemző arányhoz viszonyítva (37,7%). Az amfetamin-használók és az amfetamint nem használó drogfogyasztók között a 18-34 illetve a 35-64 éves korcsoportok mentén nem figyelhető meg szignifikáns eltérés.

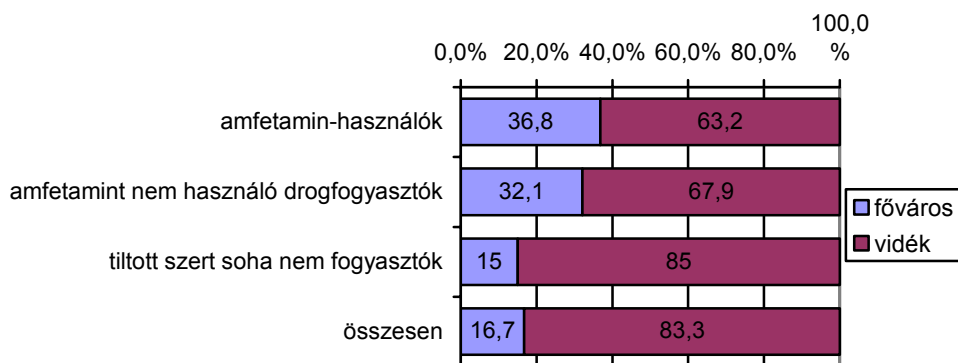
77. ábra. Az amfetamin-használók, amfetamint nem használó tiltott szert valaha fogyasztók, és tiltott szert soha nem fogyasztók kor szerinti megoszlása (18-64 éves népesség körében 2007-ben, %)



Forrás: Paksi et al. 2009

Az amfetamin-használók körében – a tiltott szert soha ki nem próbálókhoz, illetve az átlagpopulációhoz képest – a szokásos mintázattal összhangban szignifikánsan ($p<0,001$) nagyobb arányban vannak jelen a fővárosiak, mint a vidékiek, azonban az amfetamint nem fogyasztó drogfogyasztókhoz képest szintén nem figyelhető meg szignifikáns különbség.

78. ábra. Amfetamin-használók, amfetamint nem használó tiltott szert valaha fogyasztók és tiltott szert soha nem fogyasztók főváros-vidék szerinti megoszlása (18-64 éves népesség körében 2007-ben, %)



Forrás: Paksi et al. 2009

Szabadidő-eltöltési szokások

Az amfetamin-használók, az amfetamint nem használó tiltott szer fogyasztók, és tiltott szer soha nem fogyasztók szabadidő-eltöltési szokásait vizsgálva több szabadidős tevékenység esetében is szignifikáns különbség mutatkozott. Az amfetamin-használók gyakrabban járnak moziba, meccsre, kulturális eseményre, baráti összejövetelekre, gyakrabban vásárolnak, interneteznek és sportolnak, mint a tiltott szer életükben soha nem fogyasztók (lásd 61. táblázat). Az amfetamin-használók több mint háromnegyede legalább havi rendszerességgel vagy gyakrabban (fele naponta) internetezik, illetve közel háromnegyedük baráti összejövetelekre megy. A tiltott szer soha nem fogyasztók esetében ezek az arányok rendre 40% körüliek. Az amfetamin-használók körében ennél kisebb – de a soha nem fogyasztókhoz képest másfélszer, háromszor magasabb – arányban vannak azok, akik legalább havi rendszerességgel sportolnak, vásárolnak, illetve meccsre, kulturális eseményre, moziba mennek.

Az amfetamint nem használó drogfogyasztókhoz képest csupán egy szabadidős tevékenység, a könyvolvasás tekintetében mutatkozott szignifikáns eltérés ($p=0,012$): az amfetamin-használók 47,1%-a olvas legalább havi rendszerességgel könyvet, míg a másik csoport 62,6%-ka. A többi szabadidős tevékenység (TV nézés, családi összejöveteleken, vallási eseményen részt venni, kézműves munkát végezni, zenét hallgatni) esetében nem tértek el szignifikánsan az eredmények.

61. táblázat. Az amfetamin-használók és tiltott szer soha nem fogyasztók legalább havi rendszerességgel szabadidő-eltöltési szokásai (18-64 éves népesség körében 2007-ben, %)

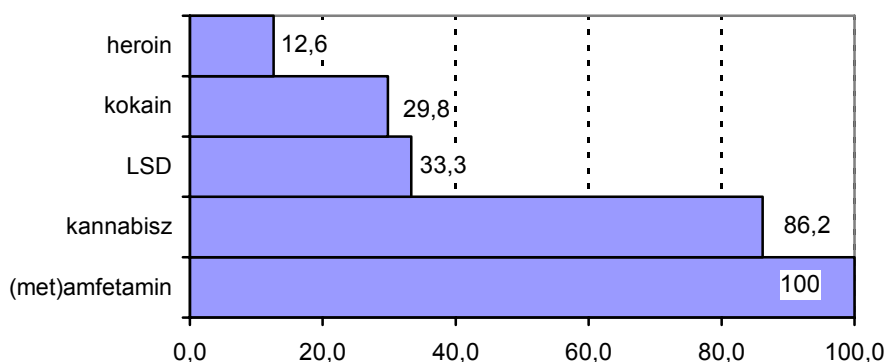
Szabadidő-eltöltési szokások	Amfetamin-használók	Tiltott szer soha nem fogyasztók	Szignifikancia
Internetezni	77,6	41,5	<0,001
Baráti összejöveteleken részt venni	71,2	40,7	<0,001
Sportolni	46,3	21,0	<0,001
Vásárolni	33,8	21,0	0,001
Kulturális eseményre menni	29,4	16,6	0,004
Moziba menni	27,9	8,7	<0,001
Meccsre menni	11,8	8,6	0,032

Forrás: Paksi et al. 2009

Drogfogyasztási szokások

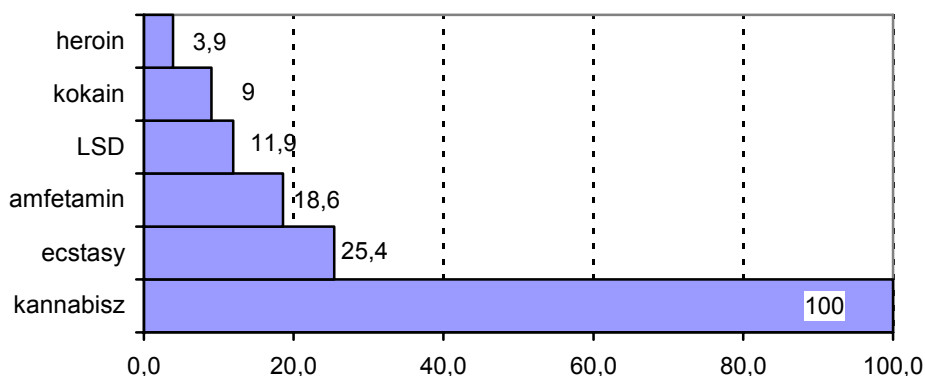
Az amfetamin használat más szerhasználó magatartásokkal való kapcsolódásának vizsgálata céljából egy speciális drogfogyasztási piramis került kialakításra. A piramis értékei az egyéb droghasználat életprevalencia értékét a szokásos piramisszerkesztéstől eltérően nem a kannabisz-használók arányában fejezik ki, hanem az amfetamin használók arányában. Az így létrehozott tiltott drogok fogyasztási piramisának nagyfokú meredeksége azt jelzi, hogy az amfetamin-használók körében a különböző szerfogyasztó magatartások erősen kapcsolódnak egymáshoz, azaz a normál népességben előforduló kockázathoz képest a kannabisz esetében több mint 10-szeresére, az egyéb tiltott drogok esetében pedig 30-40-szeresére növeli a kipróbálás kockázatát. A kannabisz-származékokhoz képest pedig mintegy háromszorosára növekszik az amfetamin-származékok esetében a más tiltott drogokkal való kapcsolatba kerülés kockázata. A valaha életében amfetamint fogyasztók közel 90%-a kipróbálta már a kannabiszt, mintegy harmada pedig az LSD-t, illetve a kokaint. Igen magas az amfetamin-használók körében a heroin életprevalencia értéke is (12,6%).

79. ábra. Az amfetamin használókra konstruált tiltott drog-fogyasztási piramis - a különböző szerek életprevalencia-értéke az amfetamin-ki próbálók százalékában kifejezve (18-64 éves népesség körében, %)



Forrás: Paksi et al. 2009

80. ábra. Klasszikus tiltott drog-fogyasztási piramis: a különböző szerek életprevalencia-értéke a kannabisz-ki próbálók százalékában kifejezve (18-64 éves népesség körében, %)



Forrás: Paksi et al. 2009

Az amfetamint valaha ki próbálók 22,6%-a a kérdezést megelőző évben fogyasztott amfetamint, 10,7%-uk a kérdezést megelőző hónapban is. Az elmúlt hónapban amfetamint fogyasztók közül 2 fő használt amfetamint minden nap, vagy majdnem minden nap, és 5 fő ritkábban, mint hetente. Hasonló prevalencia-értékek figyelhetők meg az amfetamint soha nem használó drogfogyasztók esetében is.

62. táblázat. A folyamatos és az aktuális fogyasztási ráta az amfetamin-használók, illetve az amfetamint soha nem használók körében (18-64 éves népességben, a valaha fogyasztók százalékában)

	amfetamin-használók		amfetamint nem használó drogfogyasztók	
	Fő N=68	amfetamint valaha használók %-ában	Fő N=165	amfetamint nem használó többi tiltott szert valaha fogyasztók %-ában
folyamatos fogyasztási ráta	15	22,6	32	24,9
aktuális fogyasztási ráta	7	10,7	64	10,9

Forrás: Paksi et al. 2009

Az első tiltott szerhasználat életkora esetében tendencia jellegű különbség mutatkozott az amfetamin-használók, és egyéb tiltott drogot használók esetében ($p=0,082$): az amfetamin-használók átlagosan 19,4 évesen próbálták ki először a tiltott szerek valamelyikét; az amfetamint nem, de bármilyen más tiltott szert valaha fogyasztók ennél idősebb korban, 20,6 évesen. Ez azonban nem azt jelenti, hogy az amfetamin származékokat fiatalabb korban használták először, mint általában a tiltott szereket. Ecstasyt általában 20,7 évesen, amfetamint 21,3 évesen, általában tiltott szereket pedig 20,6 évesen használtak először. Az első használat leggyakoribb életkora (módusza) pedig az ecstasy esetében megegyezik a tiltott szerek kipróbálásának leggyakrabban előforduló életkorával (19 év), és az amfetamin kipróbálás pedig ennél egy évvel később jellemző leginkább. Tehát az amfetamin használók valamilyen más drogot (többnyire marihuánát/hasist) próbálnak ki általában először, és általában korábban mint azok, akik később nem használnak amfetamint.

A kutatás a kérdezést megelőző évben tiltott szert fogyasztók körében vizsgálta a drogfogyasztás miatti problémák előfordulásának gyakoriságát (soha, néha, visszatérően, gyakran vagy nagyon gyakran). Az amfetamint használók körében – az amfetamint nem használó drogfogyasztókhoz képest – szignifikánsan magasabb arányban fordulnak elő azok, akiknek a drogfogyasztás miatt problémája adódott. Az alacsony esetszámra való tekintettel összesítetten, az adott probléma előfordulása (azaz nem gyakoriság) szerint mutatjuk be az alábbi táblázatban a szignifikáns eredményeket.

63. táblázat. Az amfetamin-használók, amfetamint nem használó tiltott fogyasztók körében a drogfogyasztás miatti problémák előfordulása (18-64 éves népesség körében 2007-ben)

Drogfogyasztás miatti probléma	Amfetamin-használók		Amfetamint nem használó tiltott fogyasztók		Szign.
	fő	%	fő	%	
Reggel munkába/iskolába indulás előtt használt drogot.	4	12,1	1	1,5	0,043
Barátai, családtagjai javasolták, hogy csökkentse drogfogyasztását.	6	18,8	2	3,2	0,016
Úgy érezte, hogy drog nélkül nehezen telik el egy nap.	6	18,2	1	1,6	0,006
Drogfogyasztása alatt váratlan érzetek (paranoia, félelem, bad trip) keletkeztek.	11	33,3	6	9,7	0,006
Drogfogyasztását követően autót, motort vezetett.	6	18,2	1	1,6	0,007
Drogfogyasztása miatt képtelen volt mindennapos dolgait elvégezni.	7	20,6	2	3,2	0,009
Drogfogyasztása miatt memóriaproblémái voltak.	11	33,3	4	6,5	0,001
Drogfogyasztása miatt pénzügyi problémái voltak.	10	30,3	1	1,6	<0,001
Drogfogyasztása miatt problémái voltak a baráti kapcsolataiban.	8	24,2	1	1,6	0,001
Drogfogyasztása miatt családi problémái voltak.	8	24,2	4	6,3	0,016
Drogfogyasztása miatt problémái voltak a munkahelyén/iskolában.	5	15,2	1	1,6	0,017
Drogfogyasztása miatt egészségügyi problémái voltak.	4	12,1	0	0,0	0,013
Drogfogyasztása miatt védekezés nélkül teremtett szexuális kapcsolatot.	6	18,2	1	1,6	0,007

Forrás: Paksi et al. 2009

Az amfetamin-használók körében – az amfetamint nem használó drogfogyasztókhoz képest – szignifikánsan nagyobb mértékben kapcsolódik az egyes szerek használata a hétfégi szórakozáshoz. A marihuánát az amfetamin-használók közel 40%-a rekreációs jelleggel fogyasztja, míg az amfetamint nem használó drogfogyasztók 16,5%-a. Ez utóbbi csoport esetében az LSD, a mágikus gomba és más drogok használata jellemzően nem kapcsolódik

a hétfégi szórakozáshoz, míg az amfetamin-használók – ha nem is olyan nagy arányban (közel 10%) – esetében a hétfégi szórakozás része ezen szerek használata is.

64. táblázat. *Amfetamin-használók, amfetamint nem használó tiltott szert valaha fogyasztók körében a „Milyen mértékben kapcsolódik/kapcsolódott a hétfégi szórakozáshoz az egyes szerek használata” kérdésre adott „teljes mértékben” és „nagy mértékben”¹⁶² együttes válaszok aránya szerenként (18-64 éves népesség körében 2007-ben)*

	Amfetamin- használók	Amfetamint nem használó tiltott szert valaha fogyasztók	Szign.
Marihuána	38,1	16,5	<0,001
Ecstasy	40,7	-	-
Amfetamin	31,2	-	-
Kokain	9,8	0,6	<0,001
LSD, mágikus gomba	12,7	0,0	<0,001
Más drog	5,0	0,0	0,005

Forrás: Paksi et al. 2009

Az amfetamin-használók rekreációs jellegű szerhasználatát vizsgálva megállapítható, hogy a legnagyobb mértékben az ecstasy illetve a kannabisz kapcsolódik a hétfégi szórakozáshoz: a „teljes mértékben” és „nagy mértékben” együttes válaszok aránya mindkét szer esetében közel 40%. Nem sokkal marad mögötte az amfetamin rekreációs használata (31,2%), a többi tiltott szer (LSD, mágikus gomba, kokain és más drog) pedig kisebb mértékben kapcsolódik a hétfégi szórakozáshoz.

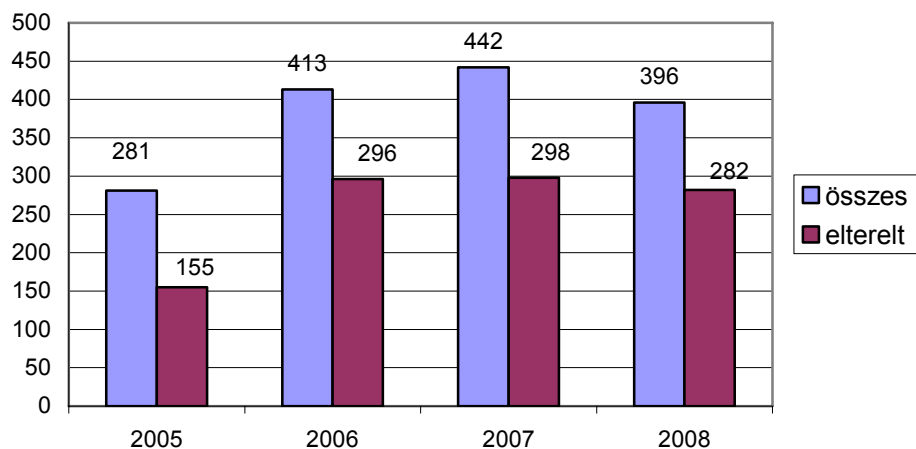
Trendek és mintázatok az amfetamin-használatban

A kezelt amfetamin-használók jellemzői (a TDI adatok tükrében)

Az elemzés során az amfetamin-használat miatt 2005-2008 között kezelésbe lépők adatait vizsgáltuk (OAC 2009). A 4 év alatt az amfetamin-használók száma egyértelműen növekedett. Ha az egyes éveket vizsgáljuk, 2005-ről 2006-ra ugrásszerűen (47%-kal) nőtt, 2006-ról 2007-re lelassult (7%) a növekedés, majd 2008-ban egy kisebb (10%-os) csökkenés következett be, de ennek az évnek az adatai is magasabbak voltak a 2005-ös adatoknál.

¹⁶² A kérdezetteknek hatfokú skálán (1=teljes mértékben kapcsolódik, 2=nagy mértékben kapcsolódik, 3=is-is, 4=inkább nem kapcsolódik, 5=egyáltalán nem kapcsolódik, 6=soha nem használok ezt a szert) kellett megjelölni, hogy milyen mértékben kapcsolódik az adott szer használata a hétfégi szórakozáshoz.

81. ábra. Az összes valamint az elterelés miatt kezelést megkezdő amfetamin-fogyasztók száma 2005-2008 között (fő)



Forrás: OAC 2009

Az amfetamin-használók jellemzően elterelés révén kerülnek kezelésbe: 2005-ben még csak 55%-ban, ezután pedig 67-72%-ban. Az egészségügyi és szociális ellátórendszerből csak igen kis részük kerül a speciális, elsősorban járóbeteg ellátásba (3,6-8,1% közötti arányban). Az alacsony-küszöbű ellátásokban kezelték száma is viszonylag állandó (11-13%).

A naponta használók száma a 4 év viszonylatában 11% és 14% között ingadozott, ehhez hasonlóan nem mutatott nagy változást az esetek nagyjából felét jellemző alkalmasszerű, havi használat (49-53%) sem.

Az injektálók száma a vizsgált periódus elején jelentősen, azt követően lassan, de folyamatosan emelkedett (2005: 4,6%, 2006: 9,2%, 2007:11,1%, 2008:12,4%).

A szerhasználat kezdete nem változott, mind a négy év folyamán átlagosan a 20. életév körül (19,8-20,5) került sor az első használatra.

Rekreációs droghasználók, partira járó fiatalok

2003 őszén és telén a budapesti parti-szcénában készült anonim kérdőíves vizsgálat (Demetrovics 2005; Demetrovics 2009). A kérdőíves vizsgálatban kizárólag elektronikus zenei partikat látogató fiatalok megkérdezésére került sor.

A megkérdezettek 60%-a férfi volt, átlagéletkoruk 23 év. A szerhasználat mértékét tekintve tízből kilencen (89,5%) használtak már életükben valamilyen illegális szert. A harmadik legmagasabb kipróbálási arány (a kannabisz és ecstasy után) az amfetamin (51,9%) esetében mutatkozott.

Az eredmények igazolták, hogy az egyes zenei stílusok kedvelőinek szerhasználati jellemzőiben jelentős különbségek lehetnek. A goa-partik közönsége számolt be a legmagasabb életprevalencia értékekről több kábítószer típus mellett az amfetamin vonatkozásában is. Az amfetamin és az ecstasy kipróbálásának valószínűsége a goa-partik mellett a techno-rendezvények látogatói között a legmagasabb; amfetamint az ezekre a partikra ellátogatók közel kétharmada próbált már élete során. Az amfetamin használatának életprevalencia-értéke mindazonáltal a house- és a trance-partik közönségének körében is magas.

65. táblázat. Az amfetamint kipróbálók aránya a különböző elektronikus zenei irányzatokat látogatók körében 2003-ban¹⁶³ (%)

	Drum'n'Bass	Breakbeat	Goa	Techno	House	Trance	Kísérleti elektronika
N	201	221	203	159	35	39	46
amfetamin	48,8	39,6	66,5	66,0	57,1	59,5	31,1

Forrás: Demetrovics 2009

2005-ben ugyanebben a populációban készült egy kvalitatív vizsgálat (20 partira járó és partiszervező megkérdezésével), melynek tapasztalatai szerint a szerhasználat bizonyos szakaszok szerint történik (Csák et al. 2008), ezek: a kipróbálás, kísérletezés, aktív szerhasználat, normalizálódás.

66. táblázat. A szerhasználatban mutatkozó mintázatok

Szakasz	Jellemző szerek	Szerhasználat intenzitása	Attitűd, motívumok
Kipróbálás	Cigaretta Alkohol Marihuána/hasis	Alkalmi	Kíváncsiság Kortárs csoport hatása Normasértés
Kísérletezés	Elérhető szerek teljes spektruma	Kipróbálás és aktív szerhasználat között nagyon intenzív szakasz Aktív szerhasználat után is megmaradó alkalmankénti	Kíváncsiság Eltérő tudatállapotok megélése Tapasztalatszerzés
Aktív szerhasználat	Cigaretta Alkohol Marihuána/hasis Ecstasy Amfetamin Hallucinogének	Rendszeres szerfogyasztás (havi, kétheti stimuláns-, hallucinogén-használat és akár napi szintű marihuána fogyasztás)	Tudatosság Tapasztalaton alapuló szerhasználat "Bulizás" az életvitel centrumában
Normalizálódás	Cigaretta Alkohol Marihuána/hasis	A normál életvitelbe beépülő alkalmi szerhasználat	„Lazítás”

Forrás: Csák et al. 2008

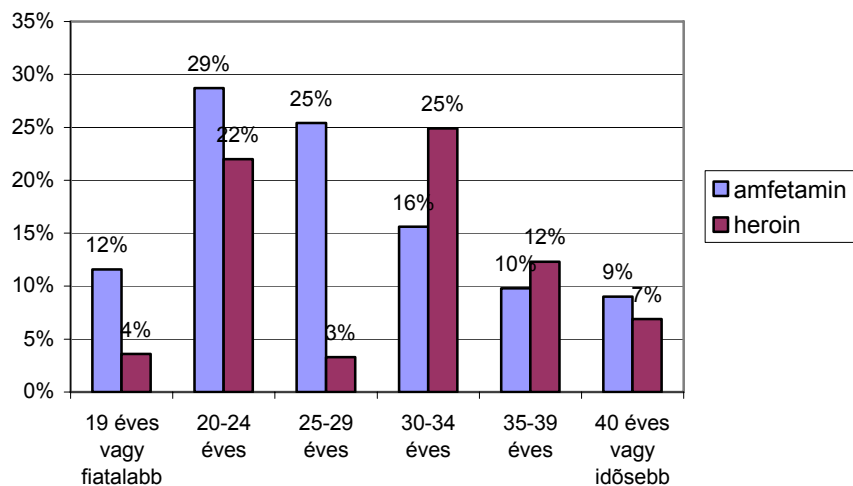
Pszichoaktív szerhasználat egy tűcsere program kliensei körében (Csák 2009)

Magyarország legnagyobb kliensforgalmú tűcsere programjában¹⁶⁴ a kliensek szerhasználati mintázatainak vizsgálatára került sor (Csák 2009). A vizsgálatba a 2006 július 7. és 2008. december 31. között regisztrált, tűcserét látogató kliensek kerültek bele, a forgalmi adatok elemzése azonban csupán a 2008. január 1. és 2008. december 31. közötti intervallumra korlátozódik. Az adatfelvételben 1202 injekciós droghasználó szerepelt, akik nagy része a tűcsere kerületében, illetve a szomszédos kerületekben élő lakos volt. Megállapítható, hogy a tűcserét látogató fiatalabb korosztályok és a nők esetében szignifikánsan magasabb az amfetamin-, mint a heroin-fogyasztás.

¹⁶³ A kutatás eredményei elsőként a 2004-es Éves Jelentésben jelentek meg. Azóta azonban egy újabb adattisztítás következtében némileg változtak az eredeti számok. A végleges adatok forrása: Demetrovics 2009.

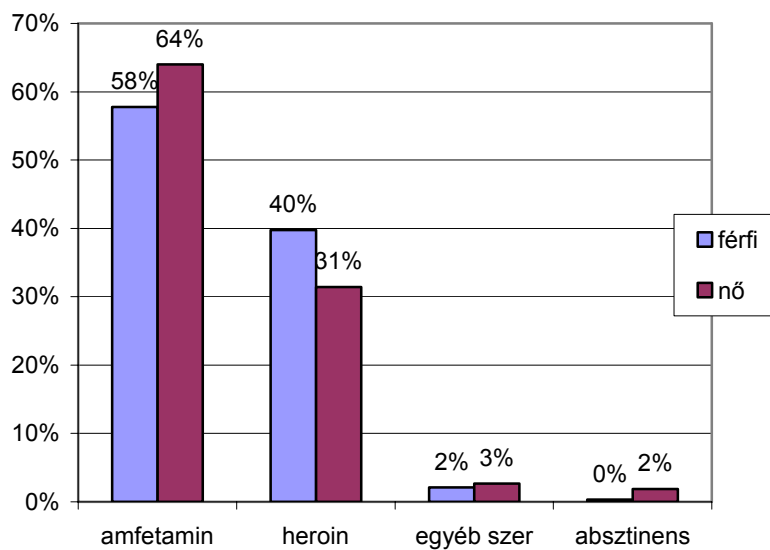
¹⁶⁴ A Kék Pont Drogkonzultációs Központ és Alapítvány által üzemeltetett Contact Café program

82. ábra. Elsődleges szer életkor szerinti bontásban 2008-ban



Forrás: Csák 2009

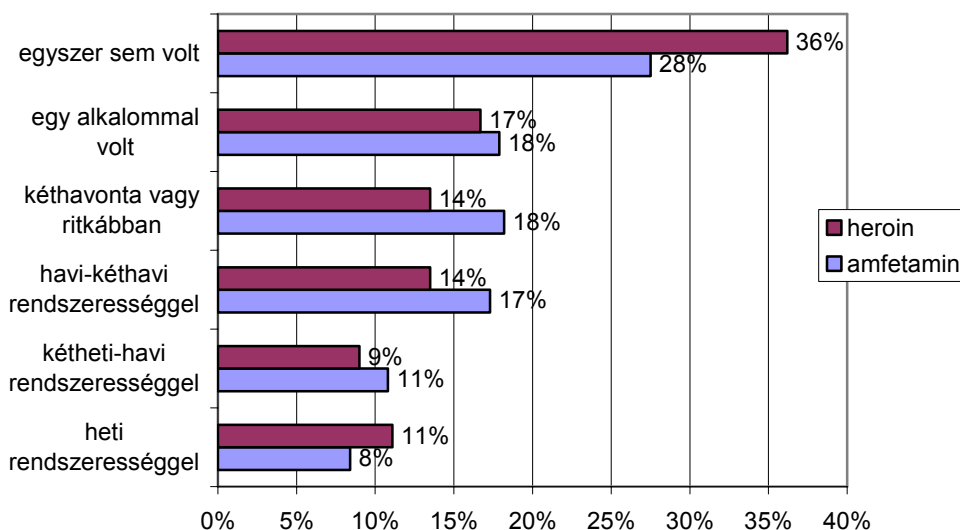
83. ábra. Elsődleges szer nemek szerinti bontásban 2008-ban



Forrás: Csák 2009

A heroin-használók gyakrabban veszik igénybe a túcsere szolgáltatásait, mint az amfetamin-használók (szintén szignifikáns különbség).

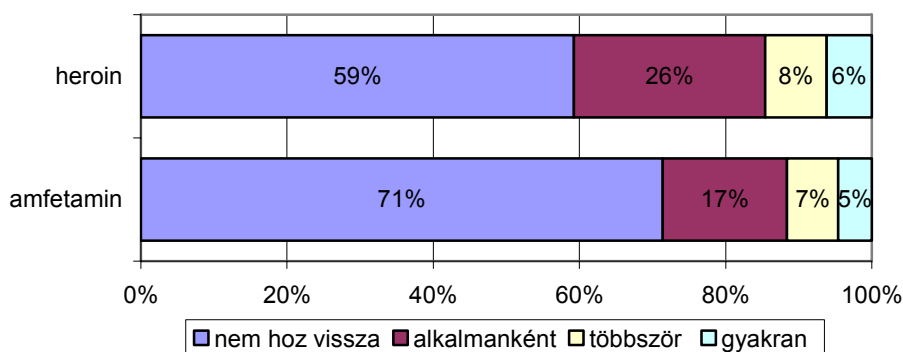
84. ábra. A program látogatásának gyakorisága elsődleges szer szerinti bontásban 2008-ban



Forrás: Csák 2009

Az amfetamin-használók kevesebbszer hozzák vissza a használt tüket. Ez összefüggésben állhat az esetleges kockázati magatartások magasabb arányával.

85. ábra. Használt fecskendő visszahozásának gyakorisága elsődleges szer szerinti bontásban 2008-ban



Forrás: Csák 2009

Kezelésen kívüli amfetamin-használók

2008 folyamán készült egy vizsgálat kezelésen kívüli roma és nem roma szerhasználók körében (Márványkői et al. 2008), a vizsgálat eredményei a 4.2. és 8.1 alfejezetekben olvashatóak.

Amfetamin előállítás, csempésztvonalak, prekursor lefoglalások

Amfetamin előállítás

A Szervezett Bűnözés Elleni Koordinációs Központ jelentése (SZBEKK 2009) szerint az olcsó termelés, magas profit és a specializáció alacsony szintje jellemzi a szintetikus kábítószeres európai kereskedelmét. A kelet-európai országok termelése növekszik, bár a holland és a belga szervezett csoportok továbbra is dominálnak.

A kábítószerpiac működésének jellegzetességeit kutató 2009-es tanulmány¹⁶⁵ (Mészáros 2009) szerint kisebb laborok – mint például a korábban felderített fóti, vagy biatorbágyi laborok – működése Magyarországon is megtalálható, de előállításra szakosodott nagy laborok hazánkban nem működnek. Jellemzően importálják a kész anyagokat. Az extrakt tartalmat amfetamin-származékok esetében legtöbbször koffeinnel vagy laktózzal keverik. A Magyarországon is kapható, 90%-ban Hollandiából beszerzett amfetaminról elmondható, hogy leginkább Lengyelországban¹⁶⁶ és a Benelux államokban állítják elő. Az utóbbi időben Szlovákia is stratégiai központja lett az előállításnak. Lengyelország, Csehország és Szlovákia nagy mennyiségben állít elő amfetamint, mind por, mind tableta formájában, és érdekes módon az áru Hollandián keresztül jut el Magyarországra. A gyártáshoz szükséges prekursorokat főleg a kevésbé szabályozott ázsiai országokból szerzik be.

Az amfetamin előállításról további információ olvasható a jelenlegi és korábbi Éves jelentések 10.1. fejezetében.

Csempésztvonalak

Az említett kutatás (Mészáros 2009) alapján elmondható, hogy az amfetamin előállítsa leginkább Európa északi részén jellemző: Lengyelországban, Szlovákiában, Hollandiában és Belgiumban. Ebből az irányból történik a teljes európai piac terítése. Sőt, az utóbbi időben kelet felé megerősödött az export Ukrajna és Törökország megnövekedett fizetőképes kereslete miatt.

Jelenleg a hazai piacra az jellemző, hogy kisebb csoportok (egymással egyébként laza kapcsolatban álló sejtek) felvásárolják az amfetamint főleg Hollandiában, majd Németországon, Ausztrián keresztül leginkább autóval csempészik és itthon terítik. Ezeket a tranzakciókat már majdnem kizárólag magyar szervezők és futárok tartják kézben, a behozott szállítmányok mérete és összetétele mindig az aktuális igényektől függ.

Az amfetamin előállításához szükséges vegyületek szempontjából jellemző a kelet-nyugati irányú mozgás, valamint az afganisztáni, török térségbe érkező nyugat-keleti irányú és távol-keletről induló mozgás.

A Szervezett Bűnözés Elleni Koordinációs Központ jelentése (SZBEKK 2009) szerint, a prekursor vegyi anyagok előállítását és kereskedelmét a kínai szervezett bűnözői csoportok uralják, de már nem a tradicionális útvonalakat használják. Az új útvonalakat még nem azonosították.

Az amfetaminnal kapcsolatos csempésztvonalakról további információ olvasható a jelenlegi és a 2008-as Éves jelentés 10.1. fejezetében.

Prekursor lefoglalások

A 2007-ben történt illegális labor és prekursor lefoglalás a 2008-as Éves Jelentés 10.1. fejezetében olvasható.

12.2. A KRÓNIKUS AMFETAMIN-HASZNÁLAT EGÉSZSÉGÜGYI ÉS SZOCIÁLIS VONATKOZÁSAI

Nincs adat.

¹⁶⁵ Módszertant lásd: 10.1. fejezet.

¹⁶⁶ 20 labor lefoglalás történt 2008-ban

12.3. VÁLASZOK A KRÓNIKUS AMFETAMIN-HASZNÁLATRA

Minőségbiztosítás

Az első, kifejezetten amfetamin-használók ellátásával foglalkozó szakmai protokollt 2008 elején adta ki az EüM „Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja Amfetamin-használattal összefüggő kórképek kezeléséről”¹⁶⁷ címmel. A protokollt az Országos Addiktológiai Intézet készítette az ellátást végző szakemberek számára. A protokoll tartalmazza a diagnózis felállításának menetét, a gyógyszeres és gyógyszermentes kezelést, valamint az egyéb terápia és a rehabilitáció ajánlott felépítését.

Következtetések

2007-es országos lakossági reprezentatív vizsgálat¹⁶⁸ (Paksi 2006; Paksi, Arnold 2007; Elekes et al. 2008) adatbázisán az amfetamin használatra fókuszálva készült másodelemzés alapján láthatjuk, hogy az amfetamin-használók (amfetamin- és/vagy ecstasy-használók) körében a különböző szerfogyasztó magatartások erősen kapcsolódnak egymáshoz. Az általános populációban előforduló kockázathoz képest a kannabisz esetében több mint 10-szeresére, az egyéb tiltott drogok esetében pedig 30-40-szeresére növeli a kipróbálás kockázatát. Az első kipróbálás életkorát vizsgálva megállapítható, hogy az amfetamin használók valamilyen más drogot (többnyire marihuánát/hasist) próbálnak ki általában először, és általában korábban mint azok, akik később nem használnak amfetamint. Az amfetamin-használók rekreációs jellegű szerhasználatát vizsgálva megfigyelhető, hogy a legnagyobb mértékben az ecstasy illetve a kannabisz kapcsolódik a hétközi szórakozáshoz, mely szereket a sorban az amfetamin követ.

A TDI adatok alapján az elsősorban járóbeteg ambulanciákon kezelésbe lépő amfetamin-használók jelentős része a büntető-igazságszolgáltatás felől érkezik (vagyis elterelés miatt kerül ellátásba).

Miközben megfigyelhető az injekciós használók arányának gyors, majd lassú, de folyamatos növekedése a kezelt amfetamin-használók között, az alacsonyküszöbű ellátásban kezelt amfetamin-használók aránya a vizsgált időszakban nem változott, ami jelezheti e rendszer felkészületlenségét az amfetamin-használók fogadására.

¹⁶⁷ A dokumentum letölthető az EüM honlapjáról: <http://www.eum.hu/egeszsegpolitika/minosegfejlesztes/addikt-amfetamin> (2009.07.08.)

¹⁶⁸ A kutatást a Nemzeti Drogmegelőzési Intézet és a Nemzeti Drog Fókuszpont finanszírozásával a Budapesti Corvinus Egyetem Magatartástudományi és Kommunikációelméleti Intézet Viselkedéskutató Központja készítette a magyarországi 18-64 éves népesség körében. Az adatfelvétel rétegzett (a fővárosban korcsoportok, vidéken település méret, régió és korcsoport szerint rétegzett, így összesen 186 rétegbe sorolt) reprezentatív mintáján, 2007 tavaszán történt. A bruttó minta nagysága 3000 fő, nettó minta nagysága 2710 fő volt. Az adatfelvétel ún. kevert módszerrel, az önkitöltős elemekkel kombinált face to face technikával történt.

12. FELHASZNÁLT IRODALOM

Bauer, B., Szabó, A. (szerk.) (2009). Ifjúság 2008. Gyorsjelentés. Kutatási beszámoló. Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet, Budapest.

Busa, Cs., Tistyán, L., Füzési, Zs., Szemelyácz, J. (2008a). Kirekesztődés és Kirekesztés kérdőíves szociológiai vizsgálat drogambulanciák és szenvedélybeteg-ellátással foglalkozó szervezetek/intézmények kliensei körében, Összefoglaló. Pécs.

Busa, Cs., Tistyán, L., Füzési, Zs., Szemelyácz, J. (2008b): Kérdőíves szociológiai vizsgálatok a pécsi lakosság körében. Pécs.

Busa, Cs., Tistyán, L., Füzési, Zs., Szemelyácz, J. (2008c): Kirekesztődés és Kirekesztés összehasonlító elemzés, Összefoglaló, Pécs, 2008

Csák, R. (2009). Kálvária téri Kontakt Kávészó program 2008-as kliensforgalmi adatainak elemzése. Kék Pont Drogkonzultációs Központ és Ambulancia, Budapest. Kézirat.

Csák, R., Forstner, M., Márványkövi, F. és Rácz, J. (2008). Kvalitatív panelvizsgálat a budapesti elektronikus zenei partiélet szereplői, valamint a drogpolitika megvalósítói körében. In: Partik, drogok, ártalomcsökkentés. Kvalitatív kutatások a partiszcenában. Demetrovics, Zs., Rácz, J. (szerk.). L'Harmattan, Budapest. pp. 225-290.

Csohán, Á., Kaszás, K., Lendvai, Gy. (2009). Az intravénás kábítószer-használat révén terjedő fertőző betegségek helyzetéről. Országos Epidemiológiai Központ. Nem publikált tanulmány.

Demetrovics, Zs. (2005). A rekreációs környezetben megjelenő droghasználat alakulása Magyarországon. In: Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről 2005. Borsi, É., Portörő P. (szerk.). Ifjúsági, Családügyi, Szociális és Esélyegyenlőségi Minisztérium, Budapest. pp. 81–98.

Demetrovics, Zs., Nádas, E., Kun, B. (2008). Rekreációs droghasználat Magyarországon. In: Partik, drogok, ártalomcsökkentés. Kvalitatív kutatások a partiszcenában. Demetrovics, Zs. Rácz, J. (szerk.). L'Harmattan, Budapest. pp.13-24.

Demetrovics, Zs. (2009). Hungary. In: Nightlife and Crime: Social Order and Governance in International Perspective. Hadfield P. (ed.). pp.169-182. OUP, Oxford.

Domokos, T., Ruff, T. (2008). A kábítószer-fogyasztó fiatalok társadalmi kirekesztettségének vizsgálata EU indikátorok alapján. Kutatási beszámoló 2.0 változat, 2008. július 31.

Dudás, M., Rusvai, E., Győri, Z., Csohán, Á., Minárovits, J. (2009). A hazai intravénás droghasználattal összefüggő fertőzések (HIV, HBV, HCV) 2008. évi prevalenciájának vizsgálata. Beszámoló a 2008. évi tevékenységről.

Elekes, Zs. (2009). Egy változó kor változó ifjúsága – A fiatalok alkohol- és egyéb drogfogyasztása Magyarországon - ESPAD 2007. NDI - L'Harmattan. Megjelenés alatt.

Elekes, Zs., Paksi, B. (1997). Szabadságvesztés büntetést töltők kábítószer-fogyasztással kapcsolatos rizikócsoportjainak feltárása (kutatási beszámoló). IM.Bv.Op. Büntetés-végrehajtási szakkönyvtár 1997/4. pp. 1–112.

Elekes, Zs., Paksi B. (2004). A jogerősen fogva tartottak kábítószer- és egyéb szenvedélyszer használata. BVOP kutatási beszámoló.

Elekes, Zs., Nádas, E., Paksi, B. (2008): Drogfogyasztás a populációban. In: Jelentés a magyarországi kábítószer-helyzetéről 2008. Felvinczi K., Varga O. (szerk). SzMM, Budapest. Pp.33-53.

EMCDDA (1999). Co-ordination of an expert working group to develop instruments and guidelines to improve quality and comparability of general population surveys on drugs in the EU. Follow up of EMCDDA project CT.96.EP.08 (CT.97.EP.09), European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Lisbon. Portugal.

EüM (Egészségügyi Minisztérium) (2009). Az Egészségügyi Minisztérium előterjesztése a szenvedélybetegségek magyarországi helyzetéről és az addiktológiai ellátórendszer változásairól.

Flash Eurobarometer 233 (2008). Young people and drugs among 15-24 year-olds. Magyar Gallup Intézet. Kutatási beszámoló. http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl_233_en.pdf (megtekintve: 2009.10.28.)

Gyarmathy, V.A., Neaigus, A., Mitchell, M. M., Ujhelyi, E. (2008). The association of syringe type and syringe cleaning with HCV infection among IDUs in Budapest, Hungary. Drug Alcohol Dependence. doi:10.1016/j.drugalcdep.2008.10.014

Hajnal, Gy. (2009): A kábítószerrel kapcsolatos költségvetési kiadások alakulása 2000 és 2007 között. In: Drogpolitika számokban. Felvinczi, K., Nyírády, A. (szerk.) pp. 375-409. L'Harmattan, Budapest.

IRM (Igazságügyi és Rendészeti Minisztérium) (2009). Minisztériumi beszámoló.

Jónás, J., Barsiné, F. K., Péterfiné, T. M. (2009). A pulmonológiai intézmények 2008. évi epidemiológiai és működési adatai. Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Budapest.

KSH (Központi Statisztikai Hivatal) (2009). A KSH jelenti, 2008/11 Összefoglalás, Közzététel: 2009. január 29. Sorszám: 15.

KSH (Központi Statisztikai Hivatal) (2009). A KSH jelenti, 2008/12 Összefoglalás, Közzététel: 2009. március 3. Sorszám: 38.

MH (Magyar Honvédség) (2009). Beszámoló a kábítószerügyi éves jelentéshez.

Márványkövi, F., Melles, K., Légmán, A. és Rácz, J. (2008). A kezelésbe jutás akadályai roma és nem roma, kezelésen kívüli intravénás használok körében, Budapesten. Addiktológia (Addictologia Hungarica), 7 (3-4) 205-233.

Menhely (2009). Beszámoló a Menhely Alapítvány 2008. évi tevékenységéről. Budapest.

Mészáros, Z. (2009). „Honnan, hogyan, merre? – avagy a kínálati oldal vizsgálata, a kábítószerpiac működésének jellegzetességei”, OpenNetwork Piac- és Társadalom-kutató. Kutatási Jelentés. Nem publikált tanulmány.

Miletics, M. (2008). Kutatási beszámoló a túladagolás körülményeiről. Kutatási beszámoló. Baptista Szeretetszolgálat – Utcafront. Budapest.

Nagy, J. (2002). A kender eredetű kábítószer hatóanyag-tartalma és annak változásai. In: Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről 2002. Ritter, I. (szerk.), pp. 266-272. Gyermek-, Ifjúsági és Sportminisztérium, Budapest.

Nemzeti Drog Fókuszpont (2009a). HCV fertőzöttség és a fertőző betegségekkel kapcsolatos kockázatos magatartások a fogvatartottak körében 2008-ban. Nem publikált tanulmány.

Nemzeti Drog Fókuszpont. (2009b). A hazai kannabisz termesztés és piac jellegzetességei a fogyasztók szemszögéből. Nem publikált tanulmány.

OAC (Országos Addiktológiai Centrum) (2009). TDI adatbázis 2008. Nem publikált adatok.

OKM (Oktatási és Kulturális Minisztérium) (2009). Minisztériumi beszámoló.

Paksi, B. (2003). Drogok és felnőttek. A tizenhét év feletti lakosság drogfogyasztása és droggal kapcsolatos gondolkodása az ezredfordulón, Magyarországon. Szakmai forrás sorozat 4. L'Harmattan, Budapest.

Paksi, B. (2008). Droghasználat a magyarországi börtönökben. Droghasználók a börtönben. Problémafeltárás, kezelés és ártalomcsökkentés. MAT II: Tematikus Konferenciája. Budapest. 2008. november 20.

Paksi, B. (2008). A nem iskolai szintűen megjelenő prevenciós programok feltérképezése. Kutatási gyorsjelentés. Nem publikált tanulmány.

Paksi, B. (2009a). A jogerősen elítélt fogvatartottak kábítószer- és egyéb szenvedélyszer használata Magyarországon 2008-ban. Budapesti Corvinus Egyetem Magatartástudományi és Kommunikációelméleti Intézet Viselkedéskutató Központ. Kutatási beszámoló. Nem publikált tanulmány.

Paksi, B. (2009b). Populációs adatok alakulása. In: Drogpolitika számokban. Felvinczi, K., Nyírády, A. (szerk). pp.81-141. L'Harmattan, Budapest.

Paksi, B., Arnold, P. (2007). A magyarországi felnőtt népesség drogérzettsége – új fejlemények. MAT VI. Országos Kongresszusa. 2007. november 22–24. Siófok. Addiktológia 2007. VI. Supplementum 1., 49.

Paksi, B., Rózsa, S., Kun, B., Arnold, P., Demetrovics, Zs. (2009). A magyar népesség addiktológiai problémái: Az Országos Lakossági Adatfelvétel az Addiktológiai Problémákról (OLAAP) reprezentatív felmérés módszertana és a minta leíró jellemzői. In: Mentálhigiénié és pszichoszomatika. Megjelenés alatt.

Rácz, J. (2009). A drogbetegek ellátása. In: Drogpolitika számokban. Felvinczi, K., Nyírády, A. (szerk.) pp. 189-232. L'Harmattan, Budapest.

Rácz, J., Máthé-Árvay, N., Fehér, B. (2003). Kezelésre jelentkező és "utcai" injekciós droghasználók kockázati magatartásainak és kockázatesztelésének jellemzői. Előzetes eredmények. In: Addiktológia (Addictologia Hungarica), 2 (3-4) pp. 370-388.

Rendőrségi Drogstratégia (2006). 17/2006. (XI. 24.) ORFK utasítás a Magyar Köztársaság Rendőrségének Drogstratégiájában rögzített feladatok egységes végrehajtásáról.

Ritter, I. (2009). Drogkereskedő karrierék. Előzetes kutatási eredmények. Unpublished thesis.

SZBEKK (Szervezett Bűnözés Elleni Koordinációs Központ) (2009). A szervezett bűnözés magyarországi helyzete, várható tendenciái, a bűnszervezetek elleni fellépés javasolt irányai 2009. Nem publikált jelentés.

SZMM (Szociális és Munkaügyi Minisztérium) (2008). Jelentés a Kormány részére a kábítószer-fogyasztással összefüggő halálesetekről.

SZMM (Szociális és Munkaügyi Minisztérium) (2008). 2007. évi szenvedélybetegek reszocializációját, reintegrációját elősegítő fejlesztések támogatása (KAB-RE-07-A/B/C) pályázat beszámolója.

TASZ (Társaság a szabadságjogokért) (2008). Megelőzhető halálesetek – szeminárium <http://drogriporter.hu/node/1123> (megtekintve: 2009.10.28.)

TASZ (Társaság a szabadságjogokért) (2009). Szabad-e a kendertermesztésről cikket írni Magyarországon? <http://drogriporter.hu/ckjog> (megtekintve: 2009.10.28.)

Vitrai, J. (2009). Tanulmány a „Nemzeti drogstratégia a kábítószer-probléma visszaszorítására” megvalósulásának dokumentum és mélyinterjú-elemzésen alapuló értékeléséről. Egészségmonitor Kft., Budapest.

FÜGGELÉK

TÁBLÁZATOK JEGYZÉKE

1. táblázat. A KÖKK nagysága fő funkciócsoportok szerint (pontbecslés, folyó áron) _____	10
2. táblázat. A kábítószer-politika időbeli alakulása a kiadási szerkezet tükrében ² _____	10
3. táblázat. 2008-ban végzett kábítószer szűrővizsgálatok a Magyar Honvédségben _____	18
4. táblázat. Egészségügyi ellátásban kezelt drogfogyasztók megoszlása intézménytípusonként 2008-ban _____	36
5. táblázat. Drogambulanciák éves kapacitásának alakulása 2003-2008 között _____	37
6. táblázat. Metadon (met.) és buprenorfin-naloxon (b.n.) kezelésben résztvevők száma (fő) kezelőhelyek szerinti bontásban 2008-ban (N=802) _____	39
7. táblázat. A drogterápiás ágyak száma 2006-2008 között _____	40
8. táblázat. Az életükben először kezelésbe lépő nem eltereltek átlagéletkora a kezelés és az első szerhasználat időpontjában, valamint az első szerhasználat és a kezelésbe lépés között eltelt idő átlaga 2005-2008 között (év) _____	56
9. táblázat. A regisztrált HIV-fertőzött személyek rizikócsoportok szerinti megoszlása _____	62
10. táblázat. Az intravénás (iv.) kábítószer-használók száma és aránya a bejelentett akut hepatitis B betegek között _____	63
11. táblázat. Az intravénás kábítószer-használók száma és aránya a bejelentett akut hepatitis C betegek között _____	63
12. táblázat. A HIV, HBV, HCV prevalencia vizsgálatban részt vevő szervezetek _____	64
13. táblázat. A vizsgált intravénás kábítószer-fogyasztók HIV, HCV, HBV fertőzöttsége korcsoportok szerint _____	65
14. táblázat. A HCV, HBV pozitív intravénás kábítószer-fogyasztók megoszlása az iv. kábitószer-használat kezdete szerint _____	66
15. táblázat. A HCV, HBV pozitív intravénás kábítószer-fogyasztók megoszlása a kábítószer típusa szerint _____	66
16. táblázat. A HCV szűrővizsgálatok száma és a pozitívak aránya területenként 2006-2008 között _____	67
17. táblázat. A szubsztitúciós programokban megszürt valaha intravénás kábítószer- fogyasztók HCV fertőzöttsége nem és korcsoportok szerint _____	69
18. táblázat. A szubsztitúciós programban résztvevő HCV pozitív valaha intravénás kábitószer-fogyasztók megoszlása az iv. kábítószer-használat kezdete szerint _____	69
19. táblázat. A vizsgált intravénás kábítószer-fogyasztók HCV fertőzöttsége nemek szerinti bontásban _____	70
20. táblázat. A vizsgált intravénás kábítószer-fogyasztók HCV fertőzöttsége egyes szociodemográfiai változók szerinti bontásban (N=185) _____	70
21. táblázat. A szűrésben és kérdőívfelvételben részt vevő bv. intézetek átlag fogvatartotti létszáma és a megszürték létszáma _____	72
22. táblázat. A szűrésben résztvevő fogvatartottak kábítószer-fogyasztására, illetve intravénás kábítószer-fogyasztására vonatkozó életprevalencia értékek életkor szerinti bontásban _____	72
23. táblázat. Hepatitis C fertőzöttség (HCV ellenanyag) a teljes mintában, illetve a kábitószerrel valaha fogyasztók és az intravénásan valaha fogyasztók szerinti bontásban _____	73
24. táblázat. A valaha intravénás szerhasználó fogvatartottak HCV fertőzöttsége életkor szerinti bontásban _____	73
25. táblázat. A HCV pozitív és HCV negatív valaha intravénás szerhasználó fogvatartottak megoszlása az utolsó injekciós időpontja szerinti bontásban _____	74

26. táblázat. A HCV pozitív intravénás szerhasználó fogvatartottak megoszlása a kábítószer típusa szerinti bontásban (N=145)	74
27. táblázat. Az új TBC-s betegeknek talált rizikótényezők 2008-ban	75
28. táblázat. A 2008-as HCV prevalencia vizsgálatban megszürt intravénás kábítószer-fogyasztók aránya az előző év során HCV szűrésen való részvétel szerinti bontásban	76
29. táblázat. A tűt/fecskendőt, illetve egyéb injektáló segédeszközt megosztó intravénás szerhasználók aránya HCV fertőzöttség szerinti bontásban	76
30. táblázat. Kockázatos magatartások az intravénás szerfogyasztók körében hepatitis C fertőzöttség szerinti bontásban (N=185)	78
31. táblázat. A HCV pozitív és negatív intravénás szerhasználó fogvatartottak megoszlása a tű/ fecskendő illetve egyéb injektáló segédeszköz valaha történt megosztása szerinti bontásban (N=148)	79
32. táblázat. A HCV pozitív intravénás szerhasználó fogvatartottak megoszlása az intézetbe kerülés előtt szerzett tetoválás, illetve az intézetben szerzett tetoválás szerinti bontásban	79
33. táblázat. Kábítószer jelenléte a közúti balesetekből származó vizeletmintákban hatóanyag szerinti bontásban	80
34. táblázat. Drogfogyasztással összefüggő direkt halálesetek száma 2008-ban	84
35. táblázat. 2005 és 2008 között kezelésben megjelent, 2008-ban heroin túladagolásban Budapesten elhunyt személyek jellemzői	85
36. táblázat. Az augusztusban történt budapesti halálesetek jellemzői	85
37. táblázat. Közvetett drogfogyasztással összefüggő halálesetek az erőszakos halálesetekben belül Budapesten	86
38. táblázat. Tűcsere programok injektor- és kliensforgalmi adatai 2004-2008 között	91
39. táblázat. Az ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények alakulása az elkövetés éve szerint 2007-ben és 2008-ban	116
40. táblázat. A visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetők életkori megoszlása 2007-ben és 2008-ban	118
41. táblázat. A tiltott szerek különböző idejű összesített prevalencia értékei (%) a bv. intézetbe való bekerülést megelőző életszakaszra vonatkoztatva (N=503)	124
42. táblázat. A tiltott drogok különböző idejű összesített prevalencia értékei a bv. intézetbe kerülés utáni időszakokra vonatkoztatva	127
43. táblázat. A tiltott drogok különböző idejű összesített prevalencia értékei a jogerősen fogvatartott férfiak körében a bv. intézetbe való bekerülést megelőző életszakaszra vonatkoztatva 2004-ben és 2008-ban	129
44. táblázat. A tiltott drogfogyasztás főbb összesített mutatói a jogerősen fogvatartottak fogvatartás előtti életében, és az általános népességben	131
45. táblázat. Kábítószerhez való hozzáférés megítélése a bv. intézetekben a szűrésben és kérdőívvezetésben részt vett fogvatartottak körében	132
46. táblázat. A büntetés-végrehajtási intézetekben elvégzett HIV szűrések- és a kiszűrt pozitív esetek száma, 2001-2008	134
47. táblázat. Lefoglalások száma és mennyisége 2007-ben és 2008-ban	142
48. táblázat. Kábítószerek utcai árai forintban 2008-ban	143
49. táblázat. Kábítószerek utcai árai euróban 2008-ban	143
50. táblázat. Az itthon termesztett és importált kannabisz arányainak változása a hazai piacon a fogyasztók véleménye szerint az elmúlt 10 évben	149
51. táblázat. 100 g alatti lefoglalási tételek aránya a kannabisz származékok típusai szerint 2006-2008 között (%)	151
52. táblázat. A marihuána és a hasis megoszlása saját fogyasztás és a fogyasztók által becsült piaci arányok bontásban (N=125)	151
53. táblázat. A hagyományos marihuána és a sinsemilla megoszlása saját fogyasztás és a fogyasztók által becsült piaci arányok bontásban (N=125)	151
54. táblázat. A fogyasztók által említett leggyakoribb kannabisz beszerzési helyszínek	154
55. táblázat. A fogyasztók által említett leggyakoribb kannabisz beszerzési források	154
56. táblázat. Leggyakrabban vásárolt marihuána tételek	155

57. táblázat. A marihuána vásárlási tételkategoríák 1 grammra átszámított árai forintban	156
58. táblázat. A lefoglalt ültetvények mérete 2006-2008 között	157
59. táblázat. A kannabisz növény lefoglalások száma és mennyisége 2006-2008 között	157
60. táblázat. A marihuána és hasis lefoglalások száma és mennyisége tételek szerinti bontásban 2008-ban	158
61. táblázat. Az amfetamin-használók és tiltott szert soha nem fogyasztók legalább havi rendszerességű szabadidő-eltöltési szokásai (18-64 éves népesség körében 2007-ben, %)	162
62. táblázat. A folyamatos és az aktuális fogyasztási ráta az amfetamin-használók, illetve az amfetamint soha nem használók körében (18-64 éves népességben, a valaha fogyasztók százalékában)	163
63. táblázat. Az amfetamin-használók, amfetamint nem használó tiltott fogyasztók körében a drogfogyasztás miatti problémák előfordulása (18-64 éves népesség körében 2007-ben)	164
64. táblázat. Amfetamin-használók, amfetamint nem használó tiltott szert valaha fogyasztók körében a „Milyen mértékben kapcsolódik/kapcsolódott a hétvégi szórakozáshoz az egyes szerek használata” kérdésre adott „teljes mértékben” és „nagy mértékben” együttes válaszok aránya szerenként (18-64 éves népesség körében 2007-ben)	165
65. táblázat. Az amfetamint kipróbálók aránya a különböző elektronikus zenei irányzatokat látogatók körében 2003-ban (%)	167
66. táblázat. A szerhasználatban mutatkozó mintázatok	167

ÁBRÁK JEGYZÉKE

1. ábra. Tiltott és legális szerek életprevalencia értéke 1995 és 2007 között a 16 éves diákok körében	13
2. ábra. A tiltott szerek életprevalencia értéke iskolatípusonként és az iskola évfolyama szerint a 8-10 évfolyamon tanulók között	14
3. ábra. A főbb prevalencia értékek a különböző fogyasztói csoportokban	15
4. ábra. Az adott drogot kipróbálók, illetve az adott drogot az elmúlt évben legalább egyszer használók aránya (%)	16
5. ábra. A valamilyen drogot kipróbálók és az elmúlt egy évben drogot fogyasztók aránya a jelenleg végzett iskola típusa szerint (%)	17
6. ábra. A valamilyen drogot kipróbálók és az elmúlt egy évben drogot fogyasztók aránya az állandó lakhely szerinti település típusa szerint (%)	18
7. ábra. A szolgáltatások és programok által elérni kívánt különböző célcsoportok említéseinek száma (N=71)	22
8. ábra. A különböző célkitűzések megjelenése a közvetlenül az interveniált populációra irányuló prevenciók beavatkozásokban (a beavatkozások százalékában kifejezve)	23
9. ábra. A különböző módszerek megjelenése a közvetlenül az interveniált populációra irányuló prevenciók beavatkozásokban (a beavatkozások százalékában kifejezve)	24
10. ábra. Illegális és legális szerek életprevalencia értékei a roma és nem roma kezelésen kívüli intravénás használók körében	28
11. ábra. Az elmúlt 30 napra vonatkozó szerfogyasztás prevalencia értékei a roma és nem roma kezelésen kívüli intravénás használók körében	29
12. ábra. Kockázatos magatartásformák előfordulása valaha és az elmúlt 30 napra vonatkozóan a roma és nem roma kezelésen kívüli intravénás használók körében	30
13. ábra. Tűcsere igénybevételének különböző formái az elmúlt 30 napra vonatkozóan	31
14. ábra. Az egészségügyi ellátásban kezelt drogfogyasztók számának alakulása 2004-2008 között (fő)	34
15. ábra. A kezelt drogfogyasztók nemek szerinti megoszlása 2004-2008 között (fő)	41
16. ábra. A kezelt drogfogyasztók megoszlása nemek és legális és illegális szerek szerinti bontásban 2003-2008 között (fő)	42
17. ábra. Életkori megoszlás a kezelt drogfogyasztó férfiak körében 2003-2008 között (fő)	42

18. ábra. <i>Életkori megoszlás a kezelt drogfogyasztó nők körében 2004-2008 között (fő)</i>	43
19. ábra. <i>Életkori megoszlás az első kezelésben részesült drogfogyasztók körében 2008-ban (fő) (N=4498)</i>	44
20. ábra. <i>Kezelt drogfogyasztók megoszlása legális/illegális szerek alapján 2004-2008 között (fő)</i>	44
21. ábra. <i>Illegális szerek fogyasztása miatt kezelt betegek száma 2004-2008 között (fő)</i>	45
22. ábra. <i>Legális szerek fogyasztása miatt kezelt betegek száma 2003-2008 között (fő)</i>	46
23. ábra. <i>A kezelt betegek megoszlása a drogfogyasztás módja szerint 2004-2008 között (fő)</i>	47
24. ábra. <i>A kezelt betegek megoszlása a drogfogyasztás gyakorisága szerint 2004-2008 között (fő)</i>	48
25. ábra. <i>Büntetőeljárás alternatívájaként kezelt betegek száma 2004-2008 között (fő)</i>	48
26. ábra. <i>Büntetőeljárás alternatívájaként kezelték száma kábítószer fajták szerint 2004-2008 között (fő)</i>	49
27. ábra. <i>Életkori megoszlás a kezelésbe lépők körében 2008-ban (fő) (N=1018)</i>	50
28. ábra. <i>Életkori megoszlás az első alkalommal kezelésbe lépő nem eltereltek körében 2008-ban (fő) (N=394)</i>	51
29. ábra. <i>Elsődleges szer az összes kezelésbe lépő férfi körében 2008-ban (%) (N=770)</i>	52
30. ábra. <i>Elsődleges szer az életükben első alkalommal kezelésbe lépő férfiak körében 2008-ban (%) (N=303)</i>	52
31. ábra. <i>Elsődleges szer az összes kezelésbe lépő nő körében 2008-ban (%) (N=248)</i>	53
32. ábra. <i>Elsődleges szer az életükben első alkalommal kezelésbe lépő nők körében 2008-ban (%) (N=91)</i>	53
33. ábra. <i>Az életében először kezelésbe lépő nem elterelt betegek átlagéletkora az első szerhasználat időpontjában, valamint az első szerhasználat és az első kezelésbe lépés között eltelt idő átlaga 2005-2008 között (év)</i>	55
34. ábra. <i>Életkori megoszlás a kezelésbe lépő elterelt drogfogyasztók körében - nemek szerinti bontásban 2008-ban (fő) (N=2453)</i>	57
35. ábra. <i>Életkori megoszlás az életükben először kezelésbe lépő elterelt drogfogyasztók körében - nemek szerinti bontásban 2008-ban (fő) (N=1772)</i>	58
36. ábra. <i>Átlag életkor az összes kezelt körében 2005-2008 között (év)</i>	60
37. ábra. <i>2004 és 2008 között a Péterfy Sándor utcai Kórház Klinikai Toxikológiai osztályán drog-mérgezés miatt kezelték száma</i>	81
38. ábra. <i>A Péterfy Sándor utcai Kórház Klinikai Toxikológiai osztályán drog-mérgezés miatt kezelt férfiak esetében a szerek megoszlása korcsoport szerint (N=1078)</i>	82
39. ábra. <i>A Péterfy Sándor utcai Kórház Klinikai Toxikológiai osztályán drog-mérgezés miatt kezelt nők esetében a szerek megoszlása korcsoport szerint (N=614)</i>	82
40. ábra. <i>Az állandó telephelyű túcsere programokban az osztott és a hozott injektorok száma 2003-2008 között</i>	90
41. ábra. <i>Lakhatási körülmények a kezelték körében</i>	98
42. ábra. <i>Lakhatási helyzet a kezelésbe nem kerülő roma és nem roma intravénás használók körében</i>	99
43. ábra. <i>Befejezett iskolai végzettség a kezelték körében</i>	100
44. ábra. <i>Iskolai végzettség a kezelésbe nem kerülő roma és nem roma intravénás kábítószer- használók körében</i>	101
45. ábra. <i>Munkaügyi státusz a kezelték körében</i>	102
46. ábra. <i>Munkaügyi státusz a kezelésbe nem kerülő roma és nem roma intravénás használók körében</i>	102
47. ábra. <i>Kezelték családi állapota</i>	103
48. ábra. <i>A kezelésbe nem kerülő roma és nem roma intravénás szerhasználókkal együtt élők (%)</i>	104
49. ábra. <i>A droghasználókhoz való viszonyulás (%) – összehasonlítás</i>	105
50. ábra. <i>A józan szenvedélybetegekhez való viszonyulás (%) – összehasonlítás</i>	106
51. ábra. <i>A feltételezett és a tényleges segítségnyújtás arányainak összehasonlítása</i>	107
52. ábra. <i>Kirekesztett populáció becslése (%)</i>	109

53. ábra. Kirekesztettség az abúzusos mintában	110
54. ábra. Kirekesztettség a dependens mintában	110
55. ábra. Az ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények száma 2002-2008 között	115
56. ábra. A visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetők száma 2002-2008 között	118
57. ábra. A kezelésbe lépők kormegoszlása a büntetés-végrehajtási intézményekben (csak a férfiak, N=61)	122
58. ábra. A szerenkénti prevalencia értékek (%) a bv. intézetbe való bekerülést megelőző életszakaszra vonatkozóan (a válaszolók százalékában, N=503)	125
59. ábra. Tiltottdrog-fogyasztási piramis a bv. intézetbe való bekerülést megelőzően (a különböző szerek életprevalencia értéke a kannabisz-ki próbálók százalékában)	126
60. ábra. A különböző drogfogyasztásra visszavezethető problémák előfordulása a bekerülést megelőző időszakban, a valaha fogyasztók, illetve a rendszeres fogyasztók százalékában	126
61. ábra. Az egyes szertípusok percipiált hozzáférhetősége a bv. intézetekben (a válaszolók százalékában, N=503)	127
62. ábra. A különböző tiltott drogok fogvatartási időszakra vonatkozó életprevalencia értékei (a válaszolók százalékában, N=503)	128
63. ábra. A tiltott drogok bv. intézetbe való bekerülést megelőző időszakra vonatkoztatott életprevalencia értékének változása a jogerősen fogvatartott férfiak körében 1997- 2008 között	129
64. ábra. A különböző drogok bv. intézetbe való bekerülést megelőző életszakaszra vonatkoztatott életprevalencia értékei a jogerősen fogvatartott férfiak körében 1997-ben, 2004-ben és 2008-ban (a válaszolók százalékában)	130
65. ábra. A különböző drogfogyasztásra visszavezethető problémák előfordulása a bekerülést megelőző időszakban, a valaha fogyasztó jogerősen fogvatartott férfiak körében 2004-ben és 2008-ban (%)	130
66. ábra. A tiltott drogok életprevalencia értékének változása a férfi fogvatartottak fogvatartás előtti életében, és az általános népességben 1997-2008 között	132
67. ábra. A különböző szereket könnyen vagy nagyon könnyen hozzáférhetőnek tartók aránya a 16 éves válaszolók %-ában 1995-2007 között	136
68. ábra. Helyek, ahol könnyen lehetne marihuánát vagy hasist szerezni a 8-10. évfolyamosok százalékában	137
69. ábra. Honnan jutott kábítószerhez – a kábítószer már használtak százalékában	138
70. ábra. Az egyes kábítószer-típusok hozzáférhetősége az a 15-24 évesek szerint	138
71. ábra. A GBL lefoglalások száma 2002-2008 között	142
72. ábra. Kábítószeres leggyakoribb és átlagos árai forintban 2007-ben és 2008-ban	144
73. ábra. A lefoglalt ecstasy tabletták mennyisége és hatóanyagai 2008-ban	145
74. ábra. A fogyasztói adagokba (pakett) kiszerelt heroin hatóanyag-tartalma és annak előfordulási gyakorisága 2005-2008 között	145
75. ábra. A lefoglalt kannabisz növény és marihuána delta-9-THC tartalmának alakulása 2002-2008 között	148
76. ábra. A kannabisz növény lefoglalások száma 2002-2008 között	157
77. ábra. Az amfetamin-használók, amfetamint nem használó tiltott szert valaha fogyasztók, és tiltott szert soha nem fogyasztók kor szerinti megoszlása (18-64 éves népesség körében 2007-ben, %)	161
78. ábra. Amfetamin-használók, amfetamint nem használó tiltott szert valaha fogyasztók és tiltott szert soha nem fogyasztók főváros-vidék szerinti megoszlása (18-64 éves népesség körében 2007-ben, %)	161
79. ábra. Az amfetamin használókra konstruált tiltottdrog-fogyasztási piramis - a különböző szerek életprevalencia-értéke az amfetamin-ki próbálók százalékában kifejezve (18-64 éves népesség körében, %)	163
80. ábra. Klasszikus tiltottdrog-fogyasztási piramis: a különböző szerek életprevalencia-értéke a kannabisz-ki próbálók százalékában kifejezve (18-64 éves népesség körében, %)	163

81. ábra. Az összes valamint az elterelés miatt kezelést megkezdő amfetamin-fogyasztók száma 2005-2008 között (fő)	166
82. ábra. Elsődleges szer életkor szerinti bontásban 2008-ban	168
83. ábra. Elsődleges szer nemek szerinti bontásban 2008-ban	168
84. ábra. A program látogatásának gyakorisága elsődleges szer szerinti bontásban 2008-ban	169
85. ábra. Használt fecskendő visszahozásának gyakorisága elsődleges szer szerinti bontásban 2008-ban	169

TÉRKÉPEK JEGYZÉKE

1. térkép. A kezelésben részesült kábítószer-fogyasztók területi megoszlása 2008-ban	35
2. térkép. A HCV szűrővizsgálatok száma és a pozitívak aránya területenként 2007-ben és 2008-ban	67
3. térkép. Tűcsere szolgáltatók 2008-as országos megoszlása	89
4. térkép. A visszaélés kábítószerrel bűncselekmények számának megyék szerinti megoszlása az elkövetés helye szerint 2008-ban	117